UNIVERSITÉ PARIS VI
FACULTÉ BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année 1971 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

par

Pierre - Edmond GAY
Né le 15 Décembre 1941 à TANANARIVE (Madagascar)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Région de PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 26 - 2 - 1971

CINÉMA THÉRAPEUTIQUE : CRÉATION D'UN FILM PAR UN GROUPE DE MALADES HOSPITALISÉS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DÉPARTEMENTAL « CHARCOT » DE PLAISIR (78)

Le Président : E. HOUSSET, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543511_0009

UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année 1971 N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

Pierre-Edmond G A Y
Né le 15 Décembre 1941 à TANANARIVE (Madagascar)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Région de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 26.2.1971

CINEMA THERAPEUTIQUE :

CREATION D'UN FILM PAR UN GROUPE DE MALADES HOSPITALISES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DEPARTEMENTAL "CHARCOT" DE PLAISIR (78)

Le Président : E. HOUSSET, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A CEUX QUE J'AIME

A CEUX QUE J'ESTIME

En souhaitant que cette dédicace

les fera s'y reconnaître

A Monsieur le Professeur Edouard HOUSSET

qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Hubert FLAVIGNY

avec ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Louis JUSTIN BESANCON

A Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ

A Monsieur le Professeur Jacques ROGE

qui ont bien voulu accepter
d'être mes juges.

AUX EQUIPES SOIGNANTES QUI ONT PU M'ENSEIGNER

LEUR PRATIQUE DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

A CLERMONT-DE-L'OISE

A PLAISIR

A BLIDA

A U G R O U P E

D E C I N E M A

J E D E D I E C E T T E T H E S E

T I T R E

C I N E M A T H E R A P E U T I Q U E

Création d'un film par un groupe de malades hospitalisés

à l'Hôpital Psychiatrique Départemental "CHARCOT"

de PLAISIR

"L'image mentale est structure essentielle de la conscience, fonction psychologique....

Sa caractéristique est une certaine façon qu'a l'objet d'être absent au sein même de sa présence...

L'original s'incarne, il descend dans l'image".

J.P. SARTRE

L'Imaginaire

"Les satisfactions substitutives, celles par exemple que nous offre l'art, sont des illusions au regard de la réalité ; mais elles n'en sont psychiquement pas moins efficaces, grâce au rôle assumé par l'imagination dans la vie de l'âme".

S. FREUD

Malaises dans la civilisation

"Si nous ne pouvons abolir toutes les souffrances, du moins sommes-nous capables d'en supprimer plus d'une, d'en apaiser d'autres... Nous observons toutefois une attitude différente envers... La souffrance d'origine sociale.

Nous nous refusons obstinément à l'admettre, nous ne pouvons saisir pourquoi les institutions dont nous sommes les auteurs ne nous dispenseraient pas, à tous, protection et bienfaits."

S. FREUD

Malaise dans la civilisation

"Pourtant cette psychothérapie institutionnelle - celle qui se propose d'articuler l'intervention sur le collectif avec l'intervention sur l'individu inséré dans ce collectif - cette psychothérapie institutionnelle gagne à être consciente d'elle-même, par le jeu d'une fonction analysante, elle-même institutionnelle".

Y. RACINE

Congrès de psychodrame - PARIS - Août 1954

"Nul ne contestera, pensons-nous, que la thérapeutique psychiatrique s'opère avant tout au travers de la relation thérapeutique : celle que peuvent nouer leurs malades avec leurs thérapeutes. Il nous semble toutefois que lorsque la dimension duelle est dépassée, (dans le groupe, l'institution ou le secteur) la personnalité du malade est bien souvent oubliée par les auteurs.

Nous traitons le groupe, l'institution, le secteur, ceux-ci finissent par bien se porter ou plutôt par bien comprendre ce qu'ils sont, comment ils fonctionnent (ou devraient fonctionner).

Mais que devient l'individu malade ?

Ph. et E. KOECHLIN

le 25 Mars 1968

"Cependant mettre en discussion la psychiatrie traditionnelle... risque de mener à une impasse analogue si l'on ne conserve pas un certain niveau critique à l'intérieur même de l'action".

F. BASAGLIA - 1970

INTRODUCTION

Le 16 Avril 1968, eut lieu la première réunion d'un groupe de "CINEMA" et il y fut décidé de faire un film.

Entre cette première réunion et la création du film intitulé : "RENAISSANCE",

film en 8 mm couleur
durant 25 minutes
sonorisé par bande magnétique annexée,

toute une expérience s'est déroulée et il nous a semblé nécessaire de la formuler en guise de mise au point, de tremplin permettant ensuite de sauter plus loin.

J'essayerai donc de faire une sorte de rapport, le plus objectif possible, de notre expérience.

Je la situerai d'abord par un relaté bref de la structure topographique de l'hôpital "CHARCOT" qui a conditionné la réalisation du groupe et sa concrétisation dans le temps et dans l'espace.

Et en partant de ce potentiel architectural, je tenterai de décrire comment cet "atelier flou" s'y est déplacé, comment il a pu créer son objet, le film.

Cet historique étant sous tendu par une "cinéphilie latente" de l'hôpital, il faudra,donc que je parle de la préhistoire du groupe.

Un deuxième chapitre sera consacré aux utilisations, que j'ai pu relever au cours de mes recherches bibliographiques et filmographiques, du cinéma dans ses rapports avec la psychiatrie ou à la folie.

Je m'arrêterai tout spécialement aux expériences qui voisinent la nôtre dans leur protocole et leur fonction.

Le troisième chapitre, qui pourra sembler plus près d'une analyse médicale d'une méthode thérapeutique, je le consacrerai à situer le mieux possible une telle démarche au sein des classifications françaises et anglo-saxonnes des thérapeutiques de groupe.

En partant du livre d'Edgar MORIN, j'essayerai de faire une application de son étude de l'image cinématographique par rapport au sujet qui la voit, à notre groupe, en soulevant les différences apportées par le fait de la psychose.

Enfin dans ce chapitre, il me sera permis de faire une approche du vécu des participants pris individuellement en relation avec leur psychopathologie : vécu du groupe et devenir de chacun des malades participants principaux.

Le quatrième et dernier chapitre, je le consacrerai aux limites du procédé qui se sont placées comme des murs. En cherchant à savoir pourquoi cette méthode est si peu utilisée, je déboucherai sur les difficultés d'ordre technique, déontologique.... la difficulté de s'exprimer tout simplement en milieu protégé.

Je le consacrerai en antithèse aux moyens que nous avons recherchés pour pallier ces difficultés :

Par une étude de la production-distribution d'un film d'un groupe non professionnel.

L'espoir d'une généralisation de méthodes plus souples, plus maniables comme la magnétoscopie peut ouvrir de nouveaux horizons d'application.

Je réserverai aux conclusions de cette thèse, tout le potentiel subjectif investi dans le travail réalisé par le groupe et je vous demanderai de me pardonner cette dernière envolée, un peu trop personnelle peut-être, mais nécessaire pour situer mon propre désir d'avoir fait un groupe de cinéma.

Peut-être que cette partie ultime tiendrait mieux sa place en introduction et aurait l'avantage de prévenir une critique du semblant d'objectivité de tout ce travail.

CHAPITRE I

RAPPORT DE NOTRE EXPERIENCE

Pour entrer en matière et me permettre de situer notre expérience de "cinéma thérapeutique" à l'hôpital Charcot j'essayerai d'en tracer quelques lignes directrices.

Je ne peux que me référer au travail fait par un collectif de soignants à propos de leur lieu de soins, en remerciant au passage le comité de rédaction pour leur travail classificateur. Il s'agit de l'ouvrage paru dans la collection du Scarabée, dans le cadre des C.E.M.E.A. (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active), qui s'intitule :

HOPITAL CHARCOT : Réflexions sur notre pratique.

Citant l'introduction du Docteur Philippe KOECHLIN à cet ouvrage, je me permets de situer déjà "l'ambiance" qui prévaut à Charcot et qui a déterminé notre expérience de cinéma :

> "La relation thérapeutique de l'infirmier au malade n'implique pas seulement l'analyse de la personnalité du malade, mais aussi, celle du soignant. Pour remplir le rôle de soignant, il faut pouvoir se remettre en cause, réfléchir sur ce que l'on est face au malade, ceci pour évoluer et progresser soi-même".

Voilà pour ce qui est de "la ligne de conduite" de l'institution quant à sa définition, elle est contenue dans la fiche technique que l'on retrouve à l'index du même ouvrage et je vous la donne maintenant :

"CHARCOT : Hôpital Psychiatrique Départemental, ouvert en 1960, dépendant de la Seine et Oise et depuis 1967 des Yvelines. Il est situé sur le territoire de la commune de Plaisir à 15 Kms à l'ouest de Versailles. En pleine campagne en 1960, son seul voisin étant l'hospice des Petits Prés (1.300 pensionnaires) l'urbanisation de la région a fait pousser une ville tout autour. Il était prévu pour une capacité de 300 lits, les constructions en cours l'amèneront à 520 lits.

"Seul hôpital du département (900.000 habitants) il reçoit des malades d'une région beaucoup plus importante que ne le permettent ses possibilités de soins et d'hébergement ; ceci empêche de travailler véritablement dans la ligne du secteur et notamment il existe une liste d'attente.

"Il comportait à l'origine 6 pavillons de 50 lits environ, dénommés en fonction de la couleur des fenêtres : Rose, Gris, Vert, Rouge, Jaune, Bleu ; les trois premiers hébergeaient des malades femmes, les trois derniers des hommes.

"Tous les pavillons ont les portes ouvertes (ceci malgré un nombre proportionnellement plus important de malades difficiles et médico-légaux que les autres hôpitaux psychiatriques)" - fin de citation...

Au moment où se situe notre expérience de cinéma, Charcot comprend déjà deux pavillons de plus, le Corail pour les hommes, et l'Ivoire pour les femmes. Ce qu'il y a encore de particulier à ce type d'architecture hospitalière, dont les plans datent de 1940, c'est la situation en village.

En effet les pavillons sont disséminés sur une périphérie et le centre géographique de l'hôpital est consacré au "Centre Social". Je reprends alors l'index qui dit à cette rubrique : Centre Social, "portion de l'hôpital dans laquelle se déroule un certain nombre d'activités socio culturelles. Le Centre Social comporte : salle des fêtes, gymnase, chapelle, ateliers, bibliothèque centrale, salon de coiffure, épicerie, bar "Le Relai". Le personnel infirmier qui s'occupe de son fonctionnement forme une équipe qui a ses réunions et sa vie propre, mais il participe, dans la mesure du possible, à la vie des malades à l'intérieur de leur pavillon (réunions, contacts individuels, etc..)" - fin de citation.

J'ajouterai qu'il existe des ateliers intrapavillonnaires qui fonctionnent avec une clientèle faite des malades de tout l'hôpital. Ce préambule était nécessaire pour situer mieux ce qu'est notre "atelier de cinéma" dans l'institution.

Atelier "flou" non situé dans tel ou tel autre pavillon ou local du Centre Social, nobile dans l'institution. Il recrute des soignés à travers le collectif entier des hospitalisés hommes et femmes qui peuvent y venir de leur plein gré et suivant leur propre désir.

Au cours de l'étude de la composition du groupe nous verrons comment la prise en charge extra hospitalière intervient encore dans le travail des soignants de l'hôpital Charcot.

Prise en charge par l'intermédiaire de la Post-cure, dans les dispensaires de Versailles, dans l'hôpital lui-même. Je serais incomplet dans la présentation même sommaire de l'hôpital si je ne mentionnais pas l'existence de la Post-cure à domicile ; six voitures "dyane", sont consacrées à cette prise en charge au lieu d'habitation. Et en dernier lieu, il faut noter la pratique, réduite certes, d'hospitalisations de jour pour les malades de la commune de Plaisir.

C'est avec toute cette variété de prises en charge qu'il a fallu jouer car les membres actifs du groupe passent ou gardent la possibilité de passer par ces différents types de soins. J'en arrive maintenant au processus expérimental du groupe lui-même.

1°) - HISTOIRE DU GROUPE ET SA PREHISTOIRE

L'attrait pour le cinéma était latent et même patent dirai-je mieux dès la création de l'hôpital.

Sous l'impulsion de plusieurs membres du personnel soignant tels que Messieurs DURAND, JUILLET, s'est créé presque à l'ouverture de l'hôpital un CINE-CLUB dont je trouve une définition au même index du livre cité plus haut :

> "Dans le cadre des activités de l'Association Réadaptation par l'Entraide (que je définirai plus loin) existe à Charcot un Ciné-Club qui organise plusieurs fois par mois la projection de films suivis de discussions. Ces films sont choisis par un groupe de soignés et de soignants. Le Ciné-Club est ouvert également aux habitants de la commune, ce peut être un moyen de multiplier les contacts et les échanges avec l'exté-

rieur : les habitants de Plaisir en particulier.
Le programme de projection est publié dans "Les Nouvelles de Charcot" et la presse locale".

On peut saisir même des interclations entre le Ciné-Club et le Groupe de Cinéma à travers le rapport du Ciné-Club, bilan d'activité pour l'année 1970 que je transcris intégralement.

Atelier Cinéma - Compte-rendu d'activité - année 1970

"Activité de groupe, la construction d'un film est par excellence de notre avis, la façon la plus spectaculaire de créer, apportant par la vision répétée (s'il le faut) la possibilité de critiquer. Le film, objet collectif reste le moyen de concevoir, fabriquer, discuter, conserver et remanier les choses visualisées. Ce sont ces raisons qui nous font réaliser cet atelier.

Fort d'une douzaine de membres, ce groupe vit le temps d'une production. Il se défait entre temps et fonctionne au sein du Ciné-Club.

Puis ses membres nouveaux ou anciens se retrouvent autour de l'idée créatrice qui deviendra film quelques.... années plus tard parfois !

Notre préoccupation demeure pour le moment le "gonflage" de notre première production du format 8 m/m en 16. Difficile entreprise dont nous aurons loisir de reparler.

Une nouvelle demande du groupe va devoir être formulée : celle de faire un nouveau film. Mais compte tenu des difficultés à filmer en 8 m/m, nous allons

../..

- Association Réadaptation par l'Entraide comme dans bien des hôpitaux, la gestion et l'organisation des loisirs et des ateliers sont confiées à une association régie par la loi de 1901. Celle-ci gère également le fond de solidarité. Elle comporte un certain nombre de sections qui permettent aux soignants et aux soignés de participer à l'organisation des activités.

Une originalité de cette association est qu'elle s'adresse également au personnel lui-même et possède une section loisirs et entraide du personnel.

tenter une expérience en format 16. Nous nous sentons prêts à travailler dans cette"optique".

Il est évident qu'un matériel nouveau devra être acquis. Il semble que l'Administration de l'hôpital, très sensible à notre demande, accepte de faire figurer très prochainement une dotation en caméra et monteuse 16 m/m dans son budget. Nous remercions les membres de la Commission Administrative sans l'aide de qui, notre groupe cinématographique ne saurait exister.

En résumé : L'atelier cinématographique est une activité prometteuse aux réalisations qui, pour le moment bien qu'invisibles, existent concrètement (une séance exceptionnelle de ce film aura lieu bientôt) et dans un avenir proche, l'espoir de travailler encore et utilement, si nous avons cette permission et ce matériel indispensable."

Groupe Ciné-Club - Compte-rendu des activités - année 1970

"Notre commission ciné-club s'est retrouvée en séances de travail tout au long de l'année (20 fois environ).

Définissant l'activité ciné-club classique, nous apportons une notion précise de relation en plus, car à caractère thérapeutique dans sa démarche.

Nous nous félicitons qu'en 1970, les discussions aient pu se dérouler dans une atmosphère de grande compréhension et dénoter d'une très particulière ambiance favorisant les échanges.

Ce groupe très ouvert, faisant dans la plupart des cas abstraction des notions poussées de technicité, laissa apparaître et se développer tous les aspects des films par ailleurs.

La programmation des plus électiques, cherchant à satisfaire le plus grand nombre a, si on juge par les discussions, donné raison à ceux qui avaient tenté cette gageure et nous notons avec plaisir quelques 2.000 sièges occupés en 1970 !

Bien sûr, gênés par une règlementation arbitraire et difficile à concevoir de notre point de vue, nous avons dû renoncer à programmer plus de 14 films pour la saison future ; ceci en raison de l'augmentation considérable des prix de location de films, auquel l'abusive T.V.A. contribue pour une large part.

En 1970 non plus, nous n'avons pas envoyé d'animateurs en stage F.F.C.C. Ici encore, le fait que l'I.N.E.P. soit refusé à l'accès des stagiaires de notre Fédération de rattachement, n'a fait que contribuer à cette défection de septembre.

C'était donc en bref, quelques uns des aspects de notre fonctionnement.

Il reste que, malgré les aléas, nous sommes confiants dans l'avenir du Ciné-Club. Dans sa tradition, il contribuera toujours à l'expression d'un grand nombre et tentera d'allier la culture cinématographique et la démarche profondément humaine au niveau de la relation."

Quand, au début de l'année 1968, nous avons décidé, C. DURAND et moi-même de franchir le pas qui sépare le spectateur du réalisateur c'est poussés que nous étions par une demande d'un petit groupe. La cinéphilie latente avait engendré le désir de réaliser un film inventé, tourné, monté par le groupe. Pourquoi pas nous ?

Cette demande était vague, flottante, nous arrivait à la fin de discussions particulièrement investies des séances de Ciné-club où étaient analysées les façons de mettre en scène et les désirs de réaliser des auteurs aperçus à travers leurs oeuvres.

C'est le 18 avril 1968 seulement que l'appel à une réunion première du "Groupe de cinéma" fut donné.

L'annonce fut faite, verbalement aux intéressés présumés, par l'intermédiaire du journal des soignés, du journal des soignants et des cahiers de rapport des pavillons. L'analyse du passage de cette information est contenue dans les thèses de mes camarades HERMANT pour le cahier de rapport et OPPENHEIM pour le journal, thèses qu'ils présentent en même temps que celle-ci.

Je me bornerai, pour ma part, à préciser :

- que cette information a été donnée à tout l'hôpital, soignés et soignants
- qu'elle a touché les malades aussi bien hommes que femmes
- il en résulte que le groupe s'est formé à partir de cela de participants absolument libres d'y venir ou de refuser d'y venir ; personne dans l'hôpital n'a pu échapper à l'information si, j'exclus toutefois les membres du personnel administratif et des services généraux.

Pour C. DURAND et moi-même, soignants permanents et animateurs du groupe ce préalable de liberté a semblé tout à fait essentiel.

A partir de cette réunion du 18 avril 68, le groupe a fixé son rythme à une réunion par semaine qui durerait entre une et trois heures. Ce rythme a été tenu jusqu'en janvier 1970 malgré mon départ en janvier 1969 de l'hôpital pour des obligations militaires.

Je suis très heureux de montrer ainsi la vigueur du groupe qui a résisté au départ d'un de ses deux animateurs. L'arrêt des réunions correspond à la fin d'une première réalisation. Une autre entreprise doit commencer incessamment avec un groupe nouveau en partie puisque les destins de chacun leur rendent la fréquentation de telles réunions impossible.

2°) COMPOSITION DU GROUPE

A - Du côté soignants.

A part les deux animateurs qui ont été constamment présents dès le début, C. DURAND et moi-même, est venu se joindre plus tard un troisième homme G. GALLON.

D'autres soignants intéressés par notre groupe sont venus à quelques unes de nos réunions.

Il me semble moins important de les citer tous que d'essayer d'analyser leur rôle de passagers dans le groupe. Il se trouve qu'ils n'ont pas pris part aux premières réunions et le plus grand nombre d'entre eux semble avoir été rebuté par la difficulté de sauter en marche. Leur argument le plus souvent était : "Nous ne connaissons rien au cinéma et nous ne pouvons donc pas participer à votre travail". Cela implique-t-il donc que nous pouvions paraître à leurs yeux comme "connaissant le cinéma" et que notre groupe dès le départ avait acquis une homogénéité telle qu'il rejetait les corps étrangers ?

B - Du côté soignés.

Le groupe s'est composé de la façon libre indiquée plus haut et j'ai pu relever les caractéristiques suivantes :

- malades des deux sexes en proportion égale : 5 hommes et 5 femmes.
- jeunes pour la plupart, la moyenne d'âge étant aux alentours de 27 ans.
- étiquettes nosographiques variées si tant est que l'on puisse très objectivement les attribuer.
- psychotiques d'une façon générale.

Je m'engage plus loin dans une analyse de 6 cas qui servira à démontrer cette assertation.

Contrairement aux soignants du groupe, les soignés ont été plus rapidement touchés par la publicité donnée aux réunions, à tel point qu'il y a eu une détermination progressive de l'engagement à la participation au groupe.

Les premières réunions ont été faites par une quinzaine de personnes et c'est après seulement que le groupe a pris son homogénéité en étant fréquenté à peu près toujours par les mêmes. c'est ce noyeau fondamental et homogène, que je décrirai plus loin, 3 hommes, 3 femmes, qui a pu effrayer par la suite les personnes qui arrivaient en cours de route.

3°) PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

Dès le départ nous nous sommes donnés une règle non écrite mais que je pense nous avons respectée jusqu'à la fin.

- Non directivité des soignants
- Animation seule du groupe.
- A la limite, conseils techniques indispensables.

La partie technique a été surtout prise en main par C. DURAND, ma présence se résumant à une neutralité aussi grande que possible et à une écoute du groupe la plus fine possible.

Cette fonction de thérapeute du groupe peut être critiquée pour justifier la présence d'un médecin dans un atelier thérapeutique.

Ce n'est pas en effet la règle générale ; à Charcot en particulier, où les ateliers ne sont pas tenus par des ergothérapeutes "spécialistes" mais par des infirmiers travaillant en équipe par ailleurs, on ne relève pas au moment de notre essai de thérapeutique de groupe d'autre atelier fonctionnant avec un médecin. Une restriction étant à faire pour le groupe composant le comité de rédaction du journal qui a été constamment suivi par le Docteur P. KOECHLIN. En me lançant dans l'aventure de ce groupe je bousculai donc deux notions antérieures :

- celle de l'atelier sans médecin

- celle de l'interne non forcément attaché à la prise en charge unique d'un pavillon.

J'en sais gré à mes collaborateurs de l'équipe infirmière et aux médecins qui, m'ayant sous leurs ordres, m'ont permis cette expérience.

En remarquant que le groupe a continué de fonctionner sans médecin, je fais remarquer ce que ma présence avait de non obligatoire ; le troisième chapitre de cette thèse qui me permettra de tenter une analyse de la valeur thérapeutique d'un tel groupe servira aussi peut-être à démontrer que ma présence a pu quand même être utile.

Enfin, dernier point du protocole de fonctionnement :

- Doit-on être cinéaste pour faire du cinéma thérapeutique ?

Là aussi, sans vouloir déborder sur le futur chapitre concernant les difficultés techniques rencontrées, je dirai simplement qu'être trop technicien empêche certainement de rester neutre par rapport aux louvoiements du groupe dans la pratique du film. Qu'à la limite, il serait souhaitable d'être non spécialiste dans cet atelier comme dans les autres. Cette notion paraîtra bien discutable pour beaucoup de thérapeutes institutionnels. C'est pourtant une règle appliquée à l'hôpital Charcot et à laquelle j'adhère complètement à l'issue de notre pratique.

Le produit n'étant pas thérapeutique par sa qualité ou sa quantité mais par sa réalisation elle-même.

Je montrerai plus loin où ont été nos réflexions pour pallier à l'inconvénient de ne pouvoir montrer notre produit en l'améliorant par un processus secondaire.

Nous sommes donc maintenant persuadés que l'oeuvre collective créée, le film, [illegible]que soit sa valeur cinématographique et sa qualité technique prend pour le groupe d'amateurs qui l'a créée une importance affective qui permet son utilisation en thérapeutique.

4°) REALISATION DU FILM

Au fur et à mesure des réunions le groupe a déterminé quelle serait sa création.

Dès la première réunion sur la proposition de Pierre R. il a été décidé qu'il s'agirait d'une fiction,
que les scènes seraient tournées par Bernard G.
qu'il s'agirait entièrement de scènes réelles, écartant ainsi les animations ou le dessin statique ou animé,
que le lieu de tournage serait l'hôpital et ses environs ; donc une partie du film en intérieur et l'autre en extérieur (ceci n'est pas une boutade mais une reprise des termes de la technique cinématographique !)

Aux réunions suivantes, Pierre R. a amené un projet de scénario auquel il pensait depuis un certain temps déjà.

Ce scénario a été discuté par le groupe et en partie remodelé par les autres participants.

Il s'y donnait d'emblée deux roles principaux, celui du garçon attribué à Serge D., celui de la jeune femme à Sylvie C.

Il fut décidé que tout le groupe participerait à la mise en scène et au montage, nous y compris.

Le script a été confié à Marie-Françoise C. et Claude L.

Soixante trois réunions, certaines donnant l'occasion de sorties en autocar, d'autres se situant à travers l'hôpital depuis la salle de projection jusque dans chaque pavillon en passant par les différents ateliers thérapeutiques.

Au bout du compte un film dont voici le scénario ou tout au moins l'essentiel :

5°) SCENARIO

1° plan

Adam dans différents endroits de l'hôpital, qu'il arpente seul, plongé dans de profondes réflexions.

Il ne savait plus très bien où il était. Toute l'affaire s'était déroulée trop vite, trop brutalement.

Pourtant, sous la cendre de l'habitude et de bonnes manières, le feu couvait depuis bien longtemps déjà, trop longtemps.

Après réflexion, maintenant il se disait que tout devait fatalement aboutir de cette façon abrupte un jour ou l'autre;

Il se disait que l'écueil, obligatoirement, devait pointer le nez au ras de l'eau de tout ce monde, pour lequel il n'était vraiment pas fait.

Ce jour était celui de l'écueil.

Malgré l'appréhension, la surprise avait joué.

Comme la plupart des écueils, celui-là avait surgi de la façon la plus impromptue et la plus imprévisible ; il avait un nom : le VILLAGE, où désormais il allait devoir vivre.

2ème plan

Le plan filmé reste à définir pour la première partie du texte de "Ou suis-je" à "Je suis un homme, un homme".

Pour la deuxième partie : séquence des gens dans le parc qui passent (St-Cyr).

Troisième partie qui commence à "A partir de maintenant". Film reste à définir.

Adam : Où suis-je ?

Voix : Au village, vous êtes le numéro 24

Adam : Je ne suis pas un numéro, je suis un homme, un homme. un HOMME !!!
VOUS, là-bas, qui passez, parlez-moi, dites-le leur ! Répondez, vous m'entendez !
Répondez je suis un homme, je ne suis pas un numéro !

Voix : Vous êtes au village, au village. (Écho de la voix se perd dans le lointain)

Voix : A partir de maintenant, vous appartenez au village, tous les matins à dix heures : au travail, et si vous êtes sage, on vous laissera sortir dans le parc qui est immense, pour lire ou pour bêcher les plates-bandes ou pour bavarder avec les autres...
Vous verrez, vous vous plairez ici. On vous donnera des petits travaux à faire, des petits paniers d'osier à tresser, des décorations. Il y a même des ateliers : imprimerie, menuiserie et fer, vous verrez, ça vous plaira à condition de faire tout ce qu'on vous dit, n'est-ce pas ?

3ème plan

(à l'intérieur)

1ère partie : séquence de la bougie de "c'était au début" jusqu'à "bougie".

2ème partie : faire une ou plusieurs prises de vue avec Adam couché par terre.

3ème partie : séquence du filet, de la mandoline, du chapeau.

Voix neutre : C'était au début, vraiment au début, puis après, il a commencé à comprendre ce que ça voulait dire que monstre de solitude....

Adam : Attendre, longtemps, sans bouger, fier de n'avoir plus grand chose d'humain... que les premiers vols de papillon arrivent, culbutent, hésitent devant le trou vide de la fenêtre, se recueillent, puis, soudain, s'élancent à l'attaque, rendus fous par les clignements jaunes de la bougie... Alors se coucher par terre dans les couvertures et regarder, les yeux fixes, le grouillement hâtif des insectes toujours plus nombreux, peuplant le plafond d'ombres démultipliées... Sauvages images, impression de puissance suprême... Il n'y a rien à faire en dehors de penser à ces choses et éviter la neurasthénie, regarder le filet accroché au mur, abandonné, tué par l'oubli de l'eau... La mandoline qui ne crie plus dans cette immobilité imposée, le chapeau du noyé... Ne plus bouger et mourir de dormir éveillé...

4ème plan

1ère partie : prises de vue d'Adam descendant la colline sur le texte la "colline du village".

2ème partie : film de la rivière : texte "La rivière est là".

Adam : La rivière est là, sous le ciel de plomb, ruminant l'orage, il fait sombre, chaud et humide de partout en moi... L'eau... comme elle parait vivante, elle s'infiltre en moi, je la sens brûlante comme un feu, vivante, vivante et palpitante comme une femme, qui s'entraîne avec elle, vers des gouffres inconnus et délicieux... J'aime, cette bouleversante impression d'infini,

oui, c'est bien cela, que je suis venu chercher, cela fait partie de moi-même ; j'aime l'immensité sombre de l'eau, ses menaces, ses bouillonnements, ses promesses ; j'entends de nouveau ce grand appel de l'espace ou sur une autre berge, une femme prie et attend, et je l'entends plus fort que jamais.

5ème plan

Il s'enchaîne avec le 4ème plan.

Film : séquence des fleurs ; texte : "puis le buste penché en avant".

Adam : Puis le buste penché en avant, j'orientais mon visage vers la mer de fleurs, je m'exerçais à imaginer que le soleil était une immense araignée d'or dont les rayons couvraient le ciel comme des tentacules en torsion et en W, accrochées aux escarpements de la terre, à chaque éminence du paysage, sur points fixes. Le reste des tentacules ondulait lentement, paresseusement, se divisait en ramures, se séparaient en embranchements multiples, s'ouvrait en deux et se refermait aussitôt dans un va-et-vient de polype... Hystérie lumineuse, flots nacreux de braises, fermentations énormes, gouffres cataractants de noirs, glacier jeté par l'ouragan dans l'éther trouant le ciel rougeoyant de lichens de soleil et de mauves d'azur...
.... Ultramins ardents, archipels sidéraux, alchimie de fleurs, plaines de strideurs étranges, silence traversé... Je veux être élément !"

6ème plan

Film : "L'enfant". Texte : "Ma jeunesse à en mourir"
Adam 1ère partie.
Séquence de l'Enfant.
"Ma jeunesse à en mourir"

Ma jeunesse violente, inquiète et saturée d'ennui. Je n'ai plus le courage de penser à demain ; comme cet enfant me fait mal... Simultanéité, élément nécessaire à mon unité, anéantissement du temps et non du mouvement, cet anéantissement doit être conçu non pas forcément sous forme d'expérience mystique, mais par un recours constant à la volonté d'absolu dans le raisonnement abstrait.

Il s'agit, à propos d'un acte quelconque, mettons, fumer une cigarette, de ressentir indéfiniment durant le même geste, les millions d'autres cigarettes vraisemblablement fumées par des millions d'autres individus sur la terre. Dès lors, le geste de fumer devient unique. Il se métamorphose en un genre... "Cet enfant, mon enfant, tous les enfants ?..."

Adam 2ème partie.
Séquence à tourner peut-être avec la fresque.
Texte : "Je ne pense qu'à vous"

Je ne pense qu'à vous. Vous impossible compagne... le poison est versé, écorché, sans dignité, mon coeur ne se soutient plus, je cherche dans la terre les flammes de la pluie, les agates de la chaleur.

Les plus petites graines du soleil d'hiver, qui a l'odeur de centre et couleur de lys.

Recherches épouvantables, attisant mon enfer, chaque jour, je meurs.

Des couteaux fouillent mon coeur, des couteaux en fureur, comme des chasseurs sur les traces de mendiants immondes, des couteaux comme des astres définitifs.

Comme des barreaux de prison au vent, des couteaux pour pleurer et pour ne plus jamais pleurer, pour saccager les fondations de ma jeunesse blanche et noire comme un pain.

7ème plan

La fuite - Etang de Plaisir

8ème plan

La rencontre - les piliers (Centre Social)
Sylvie - salle ciné
le théâtre
le chantier, main dans la main

9ème plan

Le Relai — Au gré du vent des retrouvailles, je suis près de Toi !
Jeux — Je rejoins par le jeu tes mains et ton sourire
Piano — Ce sont des jeux d'adulte ; des jeux de vie, passant par les objets, par les choses de la vie.

Enfin jouer à deux, faire pour deux, construire enfin ; ne plus mourir, mais vivre, vivre, vivre.

NB : Ces derniers plans ont vu leur texte disparaître dans le feu organisé par Bernard G.

6°) ANALYSE CRITIQUE DU SCENARIO

Cette histoire, fond du scénario, n'a pas été sans réactions multiples au sein du groupe.

Pour Pierre R. l'auteur, elle a été une occasion d'expression intense.

Le plagiat qu'il a pu faire dans une première version, non remaniée par le groupe et par lui-même, du livre de LE CLEZIO : "LE PROCES VERBAL" a été démasqué par plusieurs participants du groupe.

Cela lui a donné l'occasion d'une remise en cause de sa production intellectuelle elle-même et d'une critique souvent très aiguë du changement apporté par sa maladie dans sa capacité de créer une oeuvre littéraire personnelle.

Le remaniement complet du scénario dont je n'ai pu malheureusement donner que la version définitive, lui a permis de rendre tout à fait personnelle l'histoire terminale.

Pour le groupe qui écoutait cette histoire proposée pour le film, cela a fait l'effet d'une bombe.

En bloc ils n'ont pas supporté le ton cynique qu'employait Pierre R. pour stigmatiser l'incarcération et la dépersonnalisation qui en résulte. La phrase : "vous êtes le numéro 2» !" dite par une voix sans âme comme un leitmotiv leur paraissait inacceptable. Et pourtant ils ont fini par l'agréer, après avoir fait la nuance de son ton persifleur. L'histoire d'Adam qu'ils avaient tous plus ou moins vécue ou étaient en train de vivre les concernait à un tel point qu'il leur a semblé d'emblée presque impudique de la mettre en scène.

C'est après s'être mis d'accord sur la façon dont elle pourrait être reçue par le public des autres malades en particulier qu'ils l'ont acceptée, non sans en retirer d'ailleurs des passages par trop caricaturaux de la situation "asilaire".

Cela a donné l'occasion à chacun d'une analyse critique de l'institution. Le danger soulevé et j'en reparlerai plus loin, c'est que le groupe, qui ne supportait pas des références précises au lieu où il se trouvait, a reporté dans un ailleurs anonyme l'histoire qu'il allait présenter.

Tout c'est passé alors comme si on pouvait bien dénoncer certaines situations particulièrement asilaires mais qu'à Charcot tout cela ne pouvait jamais exister.

Ce mécanisme de défense qui a bloqué en partie l'évolution thérapeutique du groupe n'a jamais été battu en brèche par les soignants.

Etait-il nécessaire ou pas ? Seule l'expérience du nouveau groupe nous l'indiquera.

Sans aborder déjà les problèmes relationnels entre les membres du groupe j'indiquerai tout de même le phénomène suivant :

Pierre R. a investi et projeté énormément de lui-même dans le personnage d'Adam.

Grande a été notre difficulté pour qu'il fasse passer cet investissement sur l'acteur qui en prenait le rôle.

Curieusement par contre, Serge D., l'acteur, a endossé le personnage avec une grande aisance dès le début.

7°) RELATIONS ENTRE CETTE THERAPEUTIQUE DE GROUPE ET LES AUTRES MOYENS INSTITUTIONNELS DE PRISE EN CHARGE DES MALADES.

Ce premier chapitre de Rapport de notre expérience demeurerait incomplet si je ne contentais de le présenter comme un phénomène isolé. En effet, parallèlement à leur participation au groupe de cinéma, les malades ont eu à leur disposition bien d'autres contacts avec les soignants de l'institution.

Mon propos n'est pas d'analyser très en profondeur les inter-relations entre ces différentes méthodes thérapeutiques.

Pourtant le souci du corps des soignants à l'hôpital Charcot est sans cesse de faire l'inventaire des soins que l'équipe offre aux malades et d'étudier comment ces soins s'articulent entre eux.

Les études qui y sont déjà consacrées me serviront donc de référence.

Le groupe du lundi qui réunit le collectif médecins - psychologues autour du Docteur GEACHAN, psychanalyste attaché à l'hôpital m'a été aussi d'un précieux apport pour ma réflexion sur cette articulation.

Le titre de ce séminaire est "Psychothérapie individuelle et thérapie institutionnelle".

Il s'agit là surtout donc de voir comment peuvent se potentialiser la prise en charge par un thérapeute et celle par l'équipe du pavillon où le malade est hébergé.

Les rapprochements entre les inter-réactions de notre thérapie de groupe et les prises en charge pavillonnaires des malades m'ont été faciles.

Comment situer et par là même étudier les relations entre notre prise en charge et celle d'un thérapeute individuel concomitant pour certains membres du groupe ?

Il faudrait pour cela prendre chaque cas individuellement, ce que je ferai un peu plus loin.

Disons d'emblée que la présence d'un médecin dans un groupe entraîne une nouvelle situation si il peut y être considéré comme thérapeute. On sort alors du problème posé habituellement par le malade hospitalisé qui a la part à faire entre d'une part, le médecin qui le voit en séances de psychothérapie suivant un protocole bien précisé et d'autre part, l'équipe pavillonnaire ou l'institution toute entière qui poursuit la prise en charge et rapporte au médecin psychothérapeute l'"ailleurs" de la séance. (Références, journées de Charcot 1967).

Donc comme pour le groupe formant le comité de rédaction du journal, le groupe de cinéma amène une relation dans deux directions des soignants qui le composent.

Relation avec les équipes pavillonnaires qui, comme dans le cas d'une thérapie individuelle, poursuivent le travail de prise en charge et le rapportent aux thérapeutes de groupe.

Relation avec les médecins thérapeutes individuels de certains des participants pour qui le groupe fait partie de l'"ailleurs" de la séance de tête à tête. Ce que j'en dis là, n'est malheureusement qu'une perspective d'analyse car la façon très "sauvage" dont nous avons mené le premier groupe a manqué de cette rigueur nécessaire à toute démarche qui se voudrait scientifique.

Il s'agissait pour nous de nous lancer, ensuite seulement, pensait-on l'analyse de ce qui s'était passé pourrait être entreprise.

La deuxième expérience qui est en cours nous permettra peut-être d'amener à un fonctionnement plus rationnel et par là même plus transmissible.

Il nous a fallu d'abord risquer de s'apercevoir que la réalisation même du groupe pouvait être impossible avant de prétendre faire une étude de la méthode employée.

Maintenant nous en sommes au stade de début.

Il est possible de faire un groupe de Cinéma.

Beaucoup de difficultés peuvent être facilement évitées.

Pour que ce groupe soit réellement thérapeutique il lui est indispensable de s'articuler avec le reste de l'institution, autres groupes, équipes pavillonnaires, thérapeutes individuels.

L'analyse de la diffusion obligatoire du transfert principal sur le thérapeute individuel aux transferts latéraux sur le thérapeute du groupe et les autres membres du groupe, sur l'institution elle-même doit faire l'objet d'études.

Nous sommes prêts à nous y atteler, forts de notre expérience qui n'a été qu'un passage à la pratique. Cette étude déborde évidemment le cadre précis du cinéma thérapeutique pour englober toute prise en charge d'un groupe de malades hospitalisés.

C H A P I T R E II

RELATIONS DE NOTRE EXPERIENCE AVEC

CELLES PRATIQUEES AILLEURS

La bibliographie en annexe à mon travail montre bien qu'il a été écrit énormément sur les thérapeutiques de groupe, sur les thérapeutiques par l'art ou les activités culturelles, sur les différentes ergothérapies ; elle montre ainsi qu'a chaque fois le cinéma est oublié dans toutes les études. J'en arrive déjà à la question que je poserai plus loin : Pourquoi cette méthode est-elle si peu utilisée ?

Et pourtant, tout de suite, je vais essayer de montrer que le cinéma en tant que terme absolu est souvent présent dans le milieu psychiatrique même si son application à "la façon Charcot" est rarissime.

Il serait d'ailleurs tout à fait étonnant que ce moyen technique à la portée de tous les utilisateurs de la société moderne, dans l'industrie, dans la recherche, dans l'enseignement etc.. ait échappé au monde médical de la psychiatrie. Si je fais la nomenclature des utilisations du cinéma en psychiatrie que j'ai pu rencontrer en partant des plus éloignées de la nôtre aux plus semblables, voilà ce que cela donne :

1 - FILMS TESTS

utilisés surtout par l'école italienne et certaines écoles de psychologues Français et Anglo-saxons.

Il s'agit donc d'avoir un certain répertoire de films ou de séquences qui sont étalonnés suivant la force d'impact qu'ils peuvent avoir sur un public considéré comme normal.

A partir de ces matérieux-tests, on fait des études des réactions affectives, motrices, comportementales à la suite de leur projection à des sujets à tester.

Cette pratique a été en particulier prônée par les italiens et j'ai pu en lire des études comme : E. BRUNO en 1967.

"Il mécanismo psichico della proccezione a le funzioni dell'o nella partecipazione emotiva ai realtivi filmici".

"Le mécanisme psychologique de la projection et les fonctions du moi dans la participation émotive aux tests filmiques).

Ces autres références étant données dans ma bibliographie.

D'autres se sont servis du cinéma un peu différemment et l'étude de l'américain WILLIAMS [illegible] dans -

"Films shots and expressed interest levels".

Il teste 180 étudiants qui sont en train d'écouter une conférence. Un circuit technique de cinématographie est installé. Chaque participant a à sa disposition un bouton qu'il peut appuyer et déclenche ainsi la prise de vue de la conférence et enregistre: que c'est lui qui la déclenche.

Cette méthode tend à étudier les stimuli suivant les degrès d'intérêt. Mécanisme très complexe techniquement et certainement très coûteux.

Je cite cette méthode cependant parce que je l'ai trouvée curieuse.

A Paris en 1958, FERRAN fait sa thèse de médecine sur l'utilisation du "cinéma test" comme suit :

"Contribution à l'étude du schizophrène adolescent ou adulte jeune par l'emploi d'un matériel filmique thématique".

De l'étude proprement dite à la thérapeutique le pas est franchi et voilà le cinéma qui devient le moyen de soigner .

Ce sont d'abord les recherches de NEWMAN à New-York qui public sous le titre :

"the use of films in a group thérapy program"

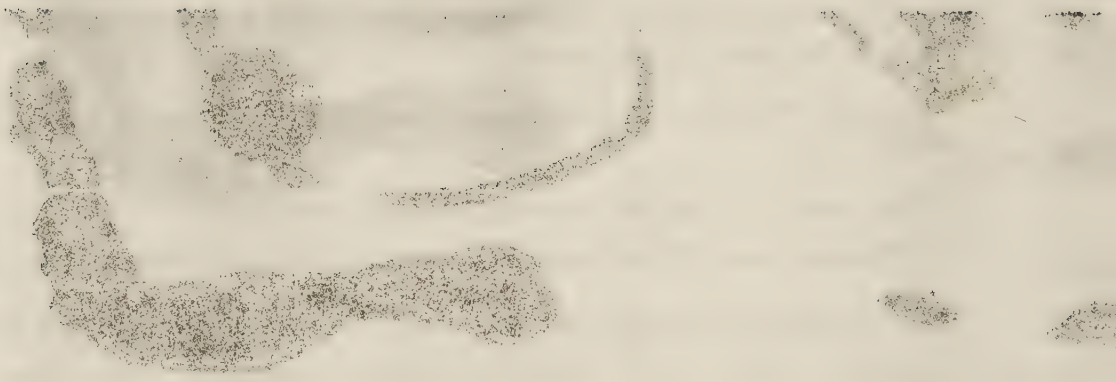
(l'emploi des films dans un programme de thérapeutique de groupe).

Le matériel filmique est ici employé comme l'étaient les séquences tests de tout à l'heure mais il ne s'agit pas tant d'étalonner les patients que de favoriser des passages à l'acte verbaux ou moteurs à des fins thérapeutiques.

D'un autre côté et peut être à la limite très utile pour l'analyse de notre propre expérience se trouve la recherche de la clinique de San-Francisco publiée sous le titre : DRUGS HIPIES AN DOCTORS en 1968.

Il s'agit là d'une technique très inspirée des théories de réflexo-thérapie: un enregistrement cinématographique fixe des comportements des patients. N'importe quel technicien le plus neutre possible peut le faire.

Tout l'impact thérapeutique se situe dans l'auto-observation qui résulte de la projection aux patients des prises de vues filmées dans ces conditions.



Entrer dans cette étude toute l'analyse de l'effet décisif pour la guérison que peut donner l'image de soi pour des droguós pris en pleine période délictuelle.

Je ne m'étendrai pas sur l'intervention nécessaire d'une valeur moralisatrice du surmoi qui m'a paru faire souvent défaut chez le toxicomane. Cela ne semble pas arrêter l'école de San-Francisco par contre.

J'ai essayé là d'illustrer par quelques exemples ce que le cinéma a pu amener comme applications dans le milieu des psychiatres et des psychologues.

Tout de suite je constate qu'il n'y a rien là, ou très peu, qui se rapproche de notre pratique à Charcot.

Avant de citer les deux exemples connus qui seraient similaires à notre cinéma thérapeutique, il faut que je cite :

2 - LES UTILISATIONS DU CINEMA A PROPROS DE LA PSYCHIATRIE, A PROPOS DE LA FOLIE.

Donc toute la série d'une part des films dits "pédagogiques". La plupart sont faits sur la commande d'un médecin, sont produits par un laboratoire pharmaceutique, sont distribués uniquement au milieu médical et paramédical. Nous avons tous eu l'occasion d'en subir la grande médiocrité. Rares sont ceux que l'on peut citer comme visibles ou intéressants à quel point de vue que l'on se place, soit esthétiquement, soit pédagogiquement. Je me passerai donc de citer ceux là qui ne restent qu'une arme publicitaire souvent maladroite des laboratoires pharmaceutiques.

La démarche est tout autre pour les films non pas sur la psychiatrie, mais sur la "folie". La nuance introduite alors étant une nuance politique. Le malade reste souvent objet de l'oeil du cinéaste mais c'est alors en connaissance de cause. L'auteur se sert du malade pour pousser souvent un cri d'indignation sur sa condition. Point n'empêche au clinicien averti d'y remontrer tous les aspects de la nosographie des films précédents mais alors on ne peut plus s'empêcher de découvrir combien beaucoup des symptômes recueillis précédemment sont secrétés par l'institution qui soigne la maladie.

Ce sont les excellents films volontairement atroces comme ceux de RUSPOLI "Regards sur la folie" et de ESPAGNE "Univers asilaire".

A propos de ce dernier film qui nous a été projeté dernièrement je me dois de citer ce commentaire de R. GENTIS :

> "On ne peut s'empêcher d'être étonné qu'aucun psychiatre n'ait été douloureusement frappé par le fait suivant : Si les maladies psychiatriques ont des modes de début aigus très différents les uns des autres, elles ont toutes des formes chroniques curieusement semblables".

Ce chapitre reste entièrement ouvert mais je transcris tout de même ma propre restriction.

A-t-on, en toute honnêteté avec soi-même, le droit de nier l'institution dans laquelle son propre travail s'inscrit ?

A-t-on, sans sortir dangereusement de sa position de thérapeute point neutre pour l'élaboration phantasmatique du malade, la possibilité de crier avec cet observateur cinéaste? Il est armé lui d'intentions didactiques politiques qui sont peut-être incompatibles avec l'acceptation qu'a pu faire le psychiatre d'institution publique du système de prise en charge de la maladie mentale. Ceci à partir du moment où il a accepté d'y être employé.

A-t-on le droit de pousser ce cri d'indignation à la place du malade ou le manipulant à la limite comme un objet?

Quelle que soit la filière qui l'a amené auprès du médecin à l'hôpital psychiatrique, le fait est déjà accompli et il y attend des soins. C'est peut-être là plutôt que se situe l'action du psychiatre.

D'autres expériences cinématographiques sont à noter au passage et elles sont de qualité.

Je pense aux recherches d'Eric DUVIVIER dans le sens de l'expression par l'image, grâce à son habileté technique, des messages parlés par le malade ou l'halluciné.

Le film qu'il a fait à ce propos avec Henri MICHAUX est une prouesse technique.

Je doute cependant que MICHAUX lui-même en soit pleinement satisfait car il est difficile de penser que les expériences vécues sous acide lysergique soit transmissibles par l'image. L'écriture même d'Henri MICHAUX qui tend à moins cer-

ner dans le cadre de l'écran l'imagination, reste à mon avis, très limitative par rapport à tout ce qui peut se passer au cours d'un "voyage". Tout ce qui ne peut rester qu'individuel et intransmissible.

Je pense aussi aux recherches de MEIGNANT, médecin-cinéaste, qui, dans la tradition de Jean ROUCH, fait du cinéma document ou du cinéma vérité en se limitant à l'intérêt pédagogique de ce moyen d'expression : avec le N'DOEP tourné à DAKAR avec le Docteur COLLOMB.

Il permet de faire passer à un public élargi les travaux de l'école de Dakar qui ont l'intérêt de mêler les moyens thérapeutiques traditionnels des WOULOFS aux pratiques modernes de la psychiatrie.

Nous sommes toujours très loin de ce qui a été réalisé à Charcot et où il s'agit pour les malades, non plus d'être objets d'observation, d'étude, voire même de manipulations diverses, mais d'être les sujets. C'est à leur tour de réaliser le film qu'ils verront ensuite. Et ceci en fonction d'une liberté complète de création.

Devant la non directivité des soignants et donc leur neutralité, je suis forcé de constater qu'au travers des exemples que j'ai pu rencontrer de films créés, jamais ne soit poussé le cri de RUSPOLI ou de ESPAGNE...

Peut-être que l'analyse des moyens évidents, conscients, cachés et inconscients pour l'en empêcher reste à faire. Je ne peux que constater qu'il n'a pas eu lieu alors que les malades étaient en position de sujets.

3 - FILMS REALISES PAR LES MALADES EUX-MEMES...

Deux expériences sont passées au public, celle de Lausanne et je profite pour remercier le Docteur BADER à la Clinique Universitaire pour la réponse qu'il a faite à ma demande de renseignements à ce propos.

Celle de Cour-Cheverny chez le Docteur OURY dont je remercie l'équipe pour nous avoir permis de visionner son film à l'hôpital.

Notre film, à nous, n'ayant jamais atteint cette diffusion, je suppose qu'il y a partout en France, en Angleterre, aux U.S.A. en Italie, etc.. des films produits de la même façon qui restent invisibles.

Puisse ce travail me permettre de les connaître un jour.

Ces deux travaux Suisse et Français se ressemblent. Ils ont en commun :
- D'être des dessins animés et non pas des scènes réelles,
- D'avoir été à un moment donné technique fini par des cinéastes professionnels.

Ceci les différencie de notre expérience et explique peut-être qu'ils aient pu accéder au public.

Nous ne les connaissions pas au moment où nous faisions notre propre film.

L'équipe de Lausanne travaille en groupe de cinéma depuis 1965. Leur production est impressionnante puisqu'elle s'élève déjà à trois films. Les titres représentent un véritable programme d'analyse des soins psychiatriques par le groupe.

En 1965 "Le Poète et la Licorne" - groupe de sept personnes travaillant neuf mois
presque entièrement en dessins animés et collages animés.
l'analyse de l'arrivée en milieu psychiatrique.

Le deuxième film "Bonjour son oeil" - 26 personnes contribuent à son élaboration, la moitié est réalisée en scènes réelles. Il tend à montrer la vie quotidienne en milieu psychiatrique.

Le troisième film "Sept nuits en Sibérie" - entièrement en dessins animés imagine sur un ton humoristique les plaisanteries qui vont bon train sur les psychiatres et les psychiatrisés. C'est la folie comme la voit l'extérieur du monde psychiatrique. Je ne peux pas dire si la continuité dans les thèmes est due entièrement au groupe des malades ou si le médecin permanent dans le groupe n'a pas imprimé une évolution qui lui est propre.

L'équipe de Cour-Chevorny semble avoir une histoire un peu différente. Il se trouverait que l'idée soit partie d'un atelier de dessin, d'un cinéaste de passage, d'un scénario proposé par un malade.

Le tout a donné : "Les dents du Singe", film allégorique, surréaliste, aux phantasmes projetés un peu énigmatiques et qui ont permis aux gens qui l'ont vu de se poser beaucoup de questions quant à sa signification ou son interprétation.

Cette oeuvre est restée isolée et on peut le regretter d'ailleurs.

Les confrontations entre ces différents travaux sont engagés et seul l'éloignement kilométrique nous a empêché de mener à bien encore cette entreprise.

C H A P I T R E III

ESSAI D'ANALYSE DE LA VALEUR THERAPEUTIQUE

D'UNE TELLE ENTREPRISE

A première vue ce chapitre pourrait être entièrement dans ce qui précède puisque tout l'effort dont j'ai essayé de détailler la technique jusqu'à maintenant était l'effort de soigner à travers un groupe et par lui. Je suis tout de même tenté de faire un peu comme une analyse plus théorique de la méthode. Mes lectures m'ont amené progressivement à faire le bilan de ce qui était pratiqué en psychiatrie comme thérapeutiques de groupe. Transcrire ici ce bilan serait bien ennuyeux et reprendrait les multiples travaux qui l'ont déjà fait. On aurait le choix entre taxer ma récapitulation de banale ou de présomptueuse.

Très rapidement et, m'appuyant sur la classification chronologique des travaux écrits sur les "Groupes" que j'ai pu compulser et que je renvoie à ma bibliographie, je situerai ce que n'est pas notre groupe de cinéma et ce qu'il veut prétendre être.

Par contre, parmi les livres sur le cinéma qui ont pu tomber sous mon regard un ouvrage m'a paru du plus grand intérêt pour l'analyse sociologique et psychologique des processus mentaux se rattachant au fait du cinéma.

Il s'agit du livre d'Edgar MORIN.

Je m'y arrêterai obligatoirement un temps plus long.

Comment les concepts de E. MORIN sont-ils adaptables au fait de la psychose ? Il serait très ambitieux de ma part d'en donner une réflexion très profonde. Ce travail étant pour moi en pleine élaboration, je ne peux pas me permettre d'en tirer des conclusions qui seraient hâtives et incomplètes.

Pourtant je m'en retournerai aux individus qui composaient le groupe au moment de la création de l'image.

Un exemple particulier, celui du scénariste, illustre bien les formulations d'E. MORIN à peine distordues.

Enfin la seule preuve tangible et pratique d'une valeur thérapeutique de ce groupe reste bien l'histoire des participants au groupe pendant son fonctionnement.

Je ferai donc une entorse à la règle qui primait de prendre le groupe dans son ensemble pour l'analyser et je deviendrai plus médical en étudiant

chaque cas particulier parmi les six membres principaux.

Paradoxalement la fin de ce chapitre viendra rendre encore plus difficile la classification de notre groupe suivant les règles en vigueur puisqu'elle me fera déporter vers les individualités composantes du collectif.

Ce paradoxe n'est là que pour me permettre en fait une meilleure approche de ce qui a pu se passer parmi nous en relisant ce qui apparaissait simultanément dans le dossier se rapportant à chaque malade.

I - ESSAI DE CLASSIFICATION DE NOTRE EXPERIENCE AU SEIN DES PSYCHOTHERAPIES DE GROUPE....

Je le répète, il serait vain pour moi de reprendre les écrits des autres, ils sont bien connus et font loi. Ce groupe peut trouver sa place parmi ceux qui sont dits : groupe d'ergothérapie ou bien encore thérapie.

La nuance apportée reste cependant la présence d'un médecin et comme je le disais plus haut ce n'est pas un fait constamment pratiqué. Ce sont plus souvent des spécialistes de tel ou tel travail ou de tel ou tel art qui mettent leurs connaissances au service d'un groupe qui, par sa seule création, artistique devient thérapeutique.

Dans un second temps bien sûr, se penchant sur ces oeuvres créées au sein du groupe ils en tirent des conclusions.

Ce sont toutes les dissertations courantes sur la psychopathologie de l'expression.

Ce que j'ai pu dire de notre travail jusqu'à maintenant ne corrobore pas cette analyse.

Un peu plus proches sont les groupes dits d'"Expression scénique", bien que ce qu'en disent DARS et BENOIT dans l'Encéphale de Décembre 1968 marque bien les différences.

Il s'agit pour eux d'utiliser une méthode issue du théâtre comme thérapeutique mais pas du tout de faire pour cela du théâtre à représenter.

Donc au lieu de m'éloigner en énumérant tout ce qui n'est pas un groupe de cinéma thérapeutique, j'essayerai de le redéfinir en quelques mots.
"Thérapeutique par la dynamique d'un groupe qui a pour moteur commun l'expression par la création d'un film". Je tiens cependant à situer cette définition par rapport à la psychanalyse de groupe.

A la lecture de S.H. FOULKES et E.J. ANTHONY dans leur livre "Psychothérapies de groupe" j'ai pu prendre conscience du danger de l'utilisation "sauvage" des concepts psychanalytiques. Quelques soient mes rapports personnels avec la psychanalyse, je ne me suis jamais permis d'en user au niveau de mon action dans le groupe en essayant d'éviter toujours la jargonophasie que cela aurait entraîné et à titre gratuit. C'est parce que ce danger me guettait comme il guette mes camarades au cours de leur formation que j'ai tenu à préciser là que je l'ai évité sciemment. J'ai pu constater l'évidence suivante : on parle sans cesse de psychanalyse et en termes psychanalytiques et de plus en plus dans les institutions psychiatriques l'équipe en entier est amenée à des raccourcissements interprétatifs extrêmement dangereux si l'on admet qu'ils peuvent faire écran à la poursuite de la réflexion.

Le comble est atteint lorsque l'on se mêle à être linguistes bien que souvent ce soit très amusant comme un jeu de mots de maniaque peut l'être.

Un exemple au moment du tournage d'un extérieur, Serge D. l'acteur, veut improviser sur le scénario où il est question des éléments liquides qui coulent chauds et suaves comme une femme. Il tient absolument lui à jeter dans cette eau qui coule un petit bout de bois. Je lui demande pourquoi et alors il me répond très spontanément : "le petit bout de bois c'est moi et je naviguerai ainsi jusqu'à la mer !". La tentation de reprendre toute la scène dans son actualisation et sa verbalisation a été grande et pourtant nous nous sommes abstenus de toute interprétation "sauvage".

Ceci peut-être situe un peu notre type de non intervention dans le groupe. Le versant sociothérapique d'un tel groupe reste à mentionner et à travers les écrits sur les activités socio-culturelles à l'hôpital psychiatrique en particulier des publications fondamentales comme celles de :

P. SIVADON, H. CHAIGNEAU, S. TOURNAUD

sur le C.T.R.S. "Une expérience sociothérapique de dix années" en 1958.
ou de l'enquête de PARIENTE sur "les loisirs et les activités socioculturelles dans les hôpitaux psychiatriques" en 1964.
On retrouve les constantes qui ont modelé notre propre expérience, constantes institutionnelles conditionnant la prise en charge des malades en hôpital psychiatrique.

2 - VALEUR DE LA CREATION D'UNE IMAGE DE SOI A LA FICTION CINEMATOGRAPHIQUE.

Je me base sur la lecture d'Edgar MORIN, étude exhaustive du fait psychologique et sociologique [illegible] le cinéma et ses spectateurs.

Notre pratique introduit cependant des effets supplémentaires car si au départ il s'agissait bien de spectateurs dont on peut faire l'analyse comme MORIN dans son livre "Le Cinéma ou l'homme [illegible]", je pense alors à la préhistoire du groupe où il n'était question que de regarder des films, d'en parler et au besoin d'aller jusqu'à livrer la critique de sa propre situation en tant que spectateur ou encore un jugement sur l'auteur. A partir du moment où le groupe a décidé de devenir AUTEUR lui-même les choses se sont compliquées. Donc application du processus de projection-identification à une personne ou un objet présentés sur l'écran puisqu'il s'agissait alors de se voir soi pour les acteurs ou de voir son oeuvre pour le reste du groupe.

Je pense à l'intérêt d'un travail, presque mathématique, partant des élaborations d'E. MORIN et les adaptant au cas qui nous a intéressé ; peut-être que seul MORIN pourrait le faire ?

Je ne vais pas ici me lancer dans l'analyse complète du livre dont MORIN définit lui-même le but :

"Interroger le cinéma, l'envisager dans sa totalité humaine".

Il me semble plus pratique de m'arrêter aux points particulièrement évocateurs de la relation étroite entre la création cinématographique et l'imaginaire. Ainsi l'analyse qu'il fait des rapports entre le rêve et le film, on arrive très vite à être tenté d'en rapprocher l'imaginaire du psychotique. Je le cite donc maintenant :

"le dynamisme du film, comme celui du rêve, bouscule les cadres du temps et de l'espace... ; dans le rêve comme dans le film, les images expriment un message latent qui est celui des désirs et des craintes..."

Comment ne pas en rapprocher immédiatement la notion de nécessité toute semblable du rêve, du film, du délire enfin. Et quand on reprend POSTEN et que l'on dit avec lui :

"les faiseurs de films sont payés pour rêver leurs rêves et exploiter leurs [illegible]"

on imagine toute l'intrication pour les participants à un groupe de cinéma, de leurs désirs de rêver et de faire passer dans la magique de l'imaginaire, du rêve, ou du film, leurs phantasmes les plus profonds.

Que cela se passe n'étonnera personne et encore moins après la démonstration faite par E. MORIN.

Comment ces analogies doivent et peuvent-elles être manipulées par le soignant thérapeute du groupe ?
Voilà une question à laquelle je ne risquerai pas, à ce moment précis de ma réflexion, de répondre.

L'expérience du spectacle d'un film reste cependant très différente du rêve ou de l'hallucination.

Le film garde une réalité extérieure du spectateur ; il a une matérialité, la pellicule elle-même.
"Le rêveur croit en la réalité absolue de son rêve absolument irréel...
le spectateur de-réifie sa vision pour la ressentir esthétiquement. Aussi par rapport au rêve ou à l'hallucination, ectoplasmes réifiés - le cinéma est un complexe de réalité et d'irréalité ; il détermine un état mixte, chevauchant sur la veille et le rêve". (E.M. page 157)

En rapprochant ainsi le cinéma beaucoup plus du "Rêve éveillé" dont dont R. DESOILLE a codifié la pratique par la thérapeutique des névroses on peut imaginer tout un protocole d'utilisation de la création filmique aux mêmes fins.

Voilà encore des hypothèses que je suis obligé de laisser pour une réflexion future.

Ce qu'il y a de frappant, c'est la similitude des états :

Le spectateur d'un film fait constamment la part entre la réalité matérielle du film et l'irréalité qui lui permet de rêver en accord avec l'image présentée.

Le patient en séance de Rêve éveillé se permet des périgrinations dans l'irréel de son imaginaire tout en gardant conscience de la quotidienneté de ce qui l'entoure.

3 - LES DANGERS DE LA PROJECTION - IDENTIFICATION EN RAPPORT AVEC LA PSYCHOSE.

Là encore, je ne bornerai à des hypothèses de travail car le champ de l'analyse de la massivité du passage des pulsions chez les psychotiques est vaste et je risquerai de m'y perdre.

Je préciserai d'abord les termes employés grâce toujours à E. MORIN.

"La Projection" est un processus universel et multiforme. Nos besoins, nos aspirations, nos désirs, nos obsessions, nos craintes se projettent non seulement dans le vide en rêves et imaginations, mais sur toutes choses et tous êtres... Si diverses toutefois qu'en soient les formes et les objets, le processus de projection peut prendre aspect d'automorphisme, d'anthropomorphisme, de dédoublement.

- au stade automorphique "nous attribuons à une personne que nous sommes en train de juger les traits de caractère, les tendances qui nous sont propres" FULCHIGNONI - Examen d'un test filmique.

- à un autre stade apparait l'anthropomorphisme où nous fixons sur les choses matérielles et les êtres vivants des traits de caractère ou des tendances proprement humaines.
- à un troisième stade, purement imaginaire celui-là, nous arrivons au dédoublement, c'est-à-dire la projection de notre propre être individuel en une vision hallucinatoire où notre spectre corporel nous apparait.
Anthropomorphisme et dédoublement sont les moments où la projection passe à l'Aliénation, ce sont des moments magiques".

"Dans l'identification, le sujet, au lieu de se projeter dans le monde, absorbe le monde en lui.
L'identification à autrui peut s'achever en possession du sujet par la présence étrangère d'un animal, d'un sorcier, d'un dieu. L'identification au monde peut s'élargir en cosmomorphisme où l'homme se sent et se croit microcosme....

"La projection et l'identification se renvoient l'une l'autre au sein d'un complexe global. Déjà la plus banale projection sur autrui - la "je me mets à sa place - est une identification de moi à lui qui facilite et appelle l'identification de lui à moi : il est devenu assimilable".
E. MORIN : L'homme imaginaire - pages 92 - 93

Je suis obligé de faire cette longue citation pour préciser le sens donné aux concepts que je vais employer. La mise en scène du scénario de notre film m'a permis de vérifier ce complexe: Projection - Identification et les transferts réciproques qui les balancent. Si avec E. MORIN l'on considère deux complexes qui peuvent se situer à deux niveaux de commande différents à un premier

niveau, non aliéné, mais se contentant de commander la subjectivité, le complexe.

Projection - identification - transferts.

à un deuxième niveau, celui de l'aliénation, commandant des phénomènes magiques, le complexe.

Antropo-cosmomorphique - transferts.

Si donc on admet cette échelle de valeurs où se situait la relation suivante entre Serge D. l'acteur et Pierre R. l'auteur du scénario ?

Au premier niveau où seule la réalité objective des choses est déformée ou au deuxième niveau où l'identification est prise à la lettre substantialisée, où la projection aliénée, égarée, fixée, fétichisée, devient chose ?

J'ouvre la discussion en apportant les faits concrets suivants :

Pierre R. s'était massivement projeté dans le personnage d'Adam, héros du film. Le groupe l u' a refusé cette projection automorphique, je suppose, en attribuant le rôle à Serge D. qui a dû à ce moment entamer lui-aussi le processus de projection - identification - transfert - à son propre compte.
Le tout étant rendu aigu par l'attirance nouvelle de Serge D. pour l'actrice tenant le rôle principal Sylvie C. qui d'autre part avait une vieille histoire sentimentale mal réglée avec Pierre R. dans la réalité de la vie hospitalière...

Cette analyse poussée jusqu'au bout pourrait aider à montrer les dangers de la manipulation de telles situations de groupe alors qu'elles sont sous tendues par une histoire dans l'extérieur au groupe et qu'elles remettent en cause tout le processus subjectif voire magique des individus, parties prenantes du groupe.

La difficulté qu'a eu Pierre R. pour "passer" son complexe à un substitut apparait clairement définie.

4 - QUE SONT DEVENUS LES PARTICIPANTS AU GROUPE APRES TROIS ANS ?

Après en avoir déjà beaucoup parlé je vais tout de même, et pour chacun individuellement, donner quelques lignes sur les histoires cliniques des participants au groupe.

a) Sylvie C. actrice principale. Née le 4.2.1940 dans le Finistère.
tombe malade en 1962 le 10.8.62 - est hospitalisée à Charcot alors qu'elle commençait à Versailles ses études d'infirmière. Le résumé psychologique de 1965 caractérise bien cette jeune femme:
Suivie en psychothérapie par le Dr. RUDRAUF régulièrement au cours de son hospitalisation puis en externe où elle venait régulièrement en consultation. Au cours de cette psychothérapie, le diagnostic a évolué sensiblement de celui de schizophrénie à celui de psychonévrose hystérique avec manifestations névropathiques et épisode aigu confusionnel avec délire intercurrent. L'hystérie remplaçant la schizophrénie voilà un fait typique de l'institution. Malgré ses multiples tentatives de sortie, Sylvie C. est toujours à l'hôpital. Quoique depuis une semaine elle ait trouvé du travail instituant un régime d'hôpital de nuit exclusivement.
Ce qui a caractérisé le comportement de Sylvie pendant toute la durée du groupe c'est son ambivalence à son égard. Alors qu'elle avait été chez le coiffeur pour pouvoir être belle pour prendre son rôle, elle refusait de venir au moment où on allait se mettre à tourner.
Si l'on veut bien considérer le certificat de 24 heures du Dr. KOECHLIN, le 11 août 1962 : "Syndrome schizophrénique évoluant depuis plusieurs années avec une phase de rémission, maniérisme, trouble du cours de la pensée, discordance affective. Placement justifié".
La stabilisation vers une forme hystéroïde et la possibilité de travailler en 1971 consacre le succès de la thérapeutique institutionnelle.

b) Serge D. né le 18 décembre 1950 à Versailles
Hospitalisé pour la première fois le 12 janvier 1967 pour "Bouffée délirante avec agitation maniaque atypique - dissociation aiguë " Il fait lui aussi sorties et entrées successives et semble cette fois à tenir en place à l'extérieur depuis le 23.8.1969, il est vendeur dans un grand magasin.
Nous le revoyons périodiquement et il réclame très fort la reprise d'un groupe de cinéma. Là aussi sorte de succès thérapeutique sans dire cependant que ce résultat puisse être attribué au groupe lui-même mais bien à toute la prise en charge institutionnelle.

c) Pierre R. le scénariste. Né le 19 août 1946.

Première hospitalisation en 1966 et toute une série d'entrées et de sorties.

	Entrée	Sortie d'essai	Sortie définitive
lacement volontaire	25.4.66	15.7.66	
éintégration	22.12.66		
ervice Libre	23.12.66	31.7.67	
" "	8.11.67	20.11.67	
" "	11.12.67	9. 6.69	
ost-cure	9. 6.69	7. 7.69	
ervice Libre	10.11.69	27.12.69	
" "	8. 1.70	5. 2.70	dernière sortie

Depuis il travaille dans une bibliothèque à Versailles et nous ne l'avons pas revu.

Les différents certificats en 1966 tendaient à le considérer comme un candidat à la psychose dissociative bien que les quinze premiers jours Monsieur KOECHLIN nie les signes dissociatifs éventuels.

Faut-il le contacter pour le nouveau groupe ou non ?

d) Bernard G. caméraman. Né le 29.10.1943

Lui aussi a égrené une longue série de 11 entrées et 10 sorties depuis sa première hospitalisation à l'âge de 19 ans en 1962.

En 1962, il est présenté par le certificat comme un "adolescent présentant des troubles névrotiques graves" - Dr. KOECHLIN

Sa réintégration le 9.5.1963 donne un tableau plus sombre :

"Anxiété, barrages, apragmatisme depuis quelques jours, absence de rationalisation valable des actes, aucun projets immédiats. Se présente aujourd'hui comme un état schizophrénique. - Dr. KOECHLIN-FOUREAU

Le cours de son hospitalisation va être marqué par une série d'échecs pour Bernard.

Du groupe, c'est le seul qui, depuis trois ans, va beaucoup plus mal. C'est lui qui, en particulier, a brûlé une grande partie de la pellicule qui avait été rangée pour être coupée et montée. Il a surtout brûlé des scènes qui le concernaient, soit parce qu'il y figurait, soit parce qu'elles pouvaient le toucher puisqu'il les avaient lui-même filmées.

Ainsi tout le passage de feu d'artifice, moment du scénario éminemment subjectivant a disparu.

e) Marie-Françoise C. - script et monteuse. Née le 1° Janvier 1944. Etudiante
Six passages entre l'institution et l'extérieur. Le 14.5.1967, le Docteur TOLEDANO écrit :
"Etat dépressif atypique avec tentatives d'autolyse multiples depuis 1963"
Curieuse jeune fille incapable de vivre.
Certains ont présumé une structure psychotique prenant le masque de l'hystéro-phobie.
Toutes ses tentatives de travail à l'extérieur, de logement ailleurs qu'à l'hôpital se sont soldées par des échecs.
Actuellement elle est là encore, toujours avec son privilège de chambre seule dans un pavillon qui en manque, installée dans ses mécanismes phobiques, faisant de temps en temps des crises d'angoisse aiguë l'amenant à des passages à l'acte suicidaires théâtraux et ratés.

f) Claude L. - assistant au montage, le vétéran du groupe, vieux garçon de 38 ans, cultivé.
Structure psychique très immature, ayant réalisé sa psychose par des phases dissociatives catatoniques.
Actuellement il a endossé pour s'en sortir le masque d'une névrose obsessionnelle grave.
Incapable de tenir à l'extérieur de l'hôpital chez une mère possessive et dévorante.
Pourrait représenter avec Marie-Françoise les cas de non évolution en trois ans.

Les autres participants du groupe n'ont réellement fait qu'y passer et je ne m'attarderai pas plus à les décrire.

Devant ce bilan de six malades pris en charge sur trois années, on retrouve :

2 malades sortis et travaillant,
1 malade en post-cure, travaillant aussi,
2 malades qui en ce moment semblent ne pas évoluer vers la guérison,
1 malade allant beaucoup plus mal.

Les tableaux cliniques de l'entrée les présentaient tous les six comme psychotiques et prêts à devenir de grands schizophrènes asilaires classiques. Un seul faisant restriction et semblait souffrir d'une névrose grave. Celui-là même qui s'est dégradé d'une façon effrayante...

Je ne remets pas du tout en cause ni en doute les jugements des médecins au départ de l'hospitalisation car ils constatent comme nous le paradoxe évolutif. Ils ont pourtant tous les six bénéficié des mêmes gammes de traitement qui allaient de :

- Prise en charge psychothérapique individuelle,
- Prise en charge psychothérapique en groupe
- Prise en charge par la thérapeutique institutionnelle et les équipes infirmières.

A quels impondérables se sont-ils confrontés chacun pour évoluer selon des routes différentes ?

Ou bien ce grand masque que l'on pose sur des signes semblables et que l'on nomme schizophrénie gagnerait-il à être démenteló ?

Le 10 Mai 1962, le Docteur KOECHLIN écrivait :

" Si la maladie mentale pose des problèmes complexes et variés, elle n'en est pas moins une affection presque toujours curable, à condition que soit mis en oeuvre un équipement suffisamment riche...
Chacune de ces interventions médicales doit être longue et la psychiatrie absorbe plus de temps pour un moins grand nombre de malades que tout autre discipline médicale".

C H A P I T R E IV

LIMITES D'UN TEL PROCEDE ET PROSPECTIVES POUR EN REPOUSSER LES LIMITES

Au cours de mes recherches bibliographiques et filmographiques, j'ai été très étonné de ne rien trouver ou presque, que faut-il en déduire ?

Pourquoi cette méthode est-elle si peu utilisée au moment où les méthodes audiovisuelles envahissent le monde technique ?

Avant tout je ferai la même restriction que plus haut en supposant que les initiatives locales, jugées sans doute par leurs auteurs, comme la nôtre, difficilement transmissibles à un public dépassant les membres du groupe réalisateur, restent ainsi dans les oubliettes de l'institution. Je serai tenté de provoquer par petites annonces un festival de ces films invisibles...

Par contre si ce festival restait sans participants, il faudrait admettre que des difficultés que nous avons rencontrées ont [illegible] d'emblée les initiatives qui auraient pu faire jour ailleurs. Ou alors, encore autre hypothèse, le mouvement audiovisuel s'arrête encore aux portes de l'institution psychiatrique au moins dans son utilisation par les malades eux-mêmes et il ne saurait tarder d'en franchir le seuil.

Pour ne pas me perdre dans des suppositions par trop floues, je vais essayer de brosser un tableau des difficultés qui, à chaque étage de la réalisation du film, ont pu nous paraître, à la limite, insurmontables et que l'on a surmontées tout de même.

Je préciserai cependant que le montage du film, c'est-à-dire son découpage en séquences à recoler bout à bout ensuite n'a pas été effectué seulement par le groupe. Il y a eu un incident grave provoqué par Bernard G. et dont j'ai parlé plus haut. Cet incident a déterminé les soignants présents à l'époque, C. DURAND et G. GALLON de prendre en main à eux seuls la fin de la réalisation. Montage et son.

La difficulté que nous avons à redémarrer, bien qu'elle soit sous tendue par l'achat de matériel plus perfectionné, reste aussi à analyser pour bien savoir les limites auxquelles nous nous heurterons à un moment ou à un autre de la future réalisation.

1 - LIMITES TECHNIQUES PURES

Elles revêtent une importance particulière puisqu'elles ont bien failli à plusieurs reprises faire échouer la tentative de production par le groupe. L'équipement comprenait :

Une caméra 8 mm Bumig Standard
avec cellule photo électrice incorporée
et zoom à visée réflexe,
un pied et une poignée adaptables,
quatre lampes de 200 Watts pour nos éclairages d'intérieur,
un projecteur Bumig 8 mm standard
et c'est tout.

Cela est bien pauvre en effet et si l'on compte sur les pannes de la caméra manipulée par tout le groupe.

L'Association Réadaptation par l'Entraide citée plus haut a pris en charge l'achat de la pellicule Kodachrome.

Il s'est avéré que ce format n'était pas satisfaisant du tout. En effet le grain de l'image est trop grossier et nous verrons plus loin tous les inconvénients de ce genre de matériel quand il s'est agi de recopier le film original et de passer de 8 mm à 16 mm.

En effet les caméras et projecteurs 8 mm fonctionnent à 16 images/seconde alors que tout le matériel en 16 mm tourne lui à 24 images par seconde entraînant un passage d'un format à l'autre avec une accélération de tous les mouvements qui rend un peu ridicule l'histoire filmée comme peut l'être un film muet "gonflé" de cette façon.

Or si l'on veut dépasser l'utilisation toute personnelle, on ne peut travailler un film que sur une copie de ce film et non sur l'original. Tous ces détails nous les ignorions en commençant notre film. Le résultat en est que nous sommes presque obligés de garder notre original malgré les démarches entreprises pour le copier, le grossir et le sonoriser.

Tous ces détails peuvent empêtrer complètement la diffusion du résultat et sont faciles à éviter. Je le verrai plus loin.

2 - LIMITES APPORTEES A LA DIFFUSION DE NOTRE REALISATION

Les premières sont constituées par le fait qu'il s'agit de scènes réelles. jouées par des malades hospitalisés. Le problème de la liberté déontologique de montrer ces images à un public étranger au groupe même restreint s'est posé comme un principe moral à respecter.

Les participants du groupe consultés, bien sûr, avant toute diffusion, n'ont opposé aucune réticence à ce que le film passe aux yeux du public. Une anecdote illustrera bien la réaction générale du groupe.

> Lorsque j'ai dit à Serge D.que, comme on les en avait prévenus, nous avions dû passer le film au studio de "Sciences film" à des cinéastes professionnels intéressés par l'expérience, il m'a demandé :
> - "Est-ce qu'ils ont trouvé que je jouais bien"
> - Oui, lui ai-je répondu
> - "Alors j'abandonne tout de suite mon boulot et je me fais acteur".

La deuxième série de limites se rapporte un peu à la technique si nous ne parlons plus des inconvénients de présenter un film par l'original, ce qui ne se fait jamais en milieu cinématographique professionnel car à chaque fois on détériore le seul témoin que l'on a.

Nous pouvons cependant discuter de la qualité du produit et dans ce sens de la possibilité ou non de le montrer.

Il ne s'agit pas pour le groupe de faire absolument une oeuvre d'art satisfaisante au point de vue esthétique bien sûr, mais encore faut-il un minimum de qualité à l'image pour qu'elle puisse être vue.

> "Le public, par la télévision et l'abondance de la production professionnelle, par son habitude de cinéma, réclame une bonne image comme minimum acceptable pour regarder tout film"

nous dit Eric DUVIVIER sans trop pouvoir nous avouer que l'on n'avait pas atteint ce minimum avec notre "oeuvre d'art".

Ceci paraissait d'autant plus important qu'il s'agissait pour nous de lui demander de produire la copie en 16 mm qu'il a jugé impossible. Nous abordons donc les :

3 - DEMARCHES ENTREPRISES PAR LES SOIGNANTS DU GROUPE POUR ESSAYER DE PALLIER AUX INCONVENIENTS GENANT LA DIFFUSION D'UN FILM.

Les démarches dont nous avons commencé à parler tout à l'heure se sont déroulées de la façon suivante :

En premier lieu nous avons été de contrôles en contrôles en quelque sorte. Contrôle d'abord par la projection à des cinéastes professionnels comme Eric DUVIVIER de "Sciences film", Jacques SCHLITZ des films du "Caducée" ; notre demande était, à DURAND, GALLON et moi-même, une demande de prise en charge de ce premier résultat du groupe et l'espoir d'une poursuite de l'expérience avec cette fois leur collaboration technique. Ceci nous a amené à une série d'hypothèses de travail.

Michel MEIGNANT en tant que cinéaste indépendant de tout circuit de production nous a semblé le plus disponible pour un tel essai. Le travail futur proposé devient donc : Le groupe recommence ses réunions avec la même liberté qui a été sa loi au cours de la première expérience. Par contre, le cinéaste qui voudra bien accepter ce contrat de travail serait là aussi, assisterait aux réunions du groupe en train d'élaborer un film et de son côté, en toute liberté, ferait sa propre réalisation avec son équipe propre de techniciens.

Cela introduirait une situation nouvelle entièrement puisqu'il y aurait pratiquement en permanence des yeux étrangers au groupe qui observeraient.

La pratique d'un nouvel équilibre comme celui-là ne saurait se passer d'une prudence réflexive pour éviter la catastrophe possible d'un double échec. Echec de groupe en tant qu'unité thérapeutique, par la trop grande diffusion des intérêts transférentiels ;
Echec du cinéaste professionnel devant la lenteur et l'apragmatisme relatif du groupe étudié en relation avec la pathologie de la maladie et de la vie hospitalière.

Nous avons essayé, au début de ~~la formation~~ du premier groupe, une telle relation en ricochet qui s'est soldée par le départ du cinéaste effrayé par la lenteur d'action du groupe. Il faut avouer qu'il s'agissait là d'une intervention fortuite et très peu contrôlée à l'orée même de toute décision prise par le groupe lui-même.

Je remercie tout de même le jeune cinéaste Claude CAMUS d'avoir eu l'honnêteté de nous déclarer qu'il ne supportait pas cette attente un peu négative.

o
o o

Si nous faisons maintenant un schéma d'analyse de la Production-Distribution faites de nos contacts avec ces deux circuits de début et de fin de réalisation, voilà ce que nous en déduisons :

La production idéale serait celle qui, tout en fournissant des crédits minimum pour l'équipement et la fourniture de la pellicule (environ 15.000 F au moment où j'écris ces lignes), laisserait le groupe entièrement libre de sa décision de fonctionnement.

Cette somme pour une expérience brève pourrait convenir aussi bien au groupe qu'au cinéaste professionnel et à son équipe en admettant cette production comme minimale. Etant bien entendu que le matériel qui sert au groupe pourrait servir à l'équipe de techniciens et vice versa. Je pense en particulier aux éclairages, prises de son, les appareils de prises de vue pouvant être particuliers à chacune des deux équipes. Cette somme, bien que minimale, semble lourde au budget d'un hôpital psychiatrique départemental et il faut donc trouver d'autres moyens de production que ceux de l'Administration ou de l'Association Réadaptation par l'Entraide.

Lesquels sont-ils ?

Ce qui nous semble le moins prégnant reste le système de Prêt à la Recherche octroyé par le Service National du film de recherche scientifique, organisme de l'Education Nationale. Les contacts que nous avons pu avoir avec cet organisme ont été fructueux puisque d'emblée, Monsieur GLENAT et Madame BARBIER GREGH nous ont proposé :

1°) Le gonflage de notre premier film de 8 mm en 16 mm avec copie de travail et sonorisation,

2°) La perspective d'un don de subsides et de matériel pour continuer dans de meilleures conditions techniques.

Nous tenons à leur exprimer notre gratitude et à leur communiquer notre travail.

Plus délicats seraient les contrats établis entre notre groupe et les cinéastes spécialistes des films scientifiques comme E. DUVIVIER pour "Sciences films" et J. SCHILTZ pour les "Films du Caducée". Ils sont tenants en effet de maisons de production ; nous nous trouvons en plein circuit de distribution de type commercial par les dons à titre publicitaire des grands laboratoires pharmaceutiques.

Il faut admettre cependant que pour un projet qui dépasserait la somme que j'indique plus haut le seul recours possible reste celui de ces organismes. Certains laboratoires proposent leur aide car ils montent très activement des cinémathèques scientifiques. Se pose alors le problème de la diffusion du résultat.

Où peut-elle et où doit-elle s'arrêter ?

Dans un premier temps la barrière à ne pas franchir est celle d'un public médical et paramédical. Cependant des scrupules moraux, déontologiques et humains peuvent très bien empêcher même cette diffusion à la demande des participants au groupe.

Que peut-on faire alors vis à vis du laboratoire producteur ?

Voilà une réflexion qu'il faudra donc entamer avant toute décision de production.

4 - ESSAI D'UNE METHODE TECHNIQUEMENT PLUS SOUPLE

LA MAGNETOSCOPIE.

Sans m'étendre trop sur cette méthode que nous devons avoir à l'essai à l'hôpital CHARCOT incessamment grâce à un prêt gracieux de quinze jours, je ne peux passer sous silence ce moyen de communication-information tout à fait intéressant. Je cite Catherine DREYFUS dans le Nouvel Observateur du 15/22 janvier :

> "Au départ un progrès technologique. En 1967 une marque japonaise lance une caméra portative à peine plus grosse qu'une caméra de 16 mm d'amateur. Et pour enregistrer et relire les bandes magnétiques un magnétoscope de la taille d'un annuaire de téléphone".

Elle-même cite JEFF CASDIN, 30 ans, qui dirige un mouvement Video politisé et cela donne à réfléchir sur certaines utilisations.

> "Pas de mise en scène dit CASDIN. Le video c'est comme l'oeil humain, le pouvoir est aux mains de ceux qui détiennent les moyens d'information. Il faut les donner à tout le monde".

Voilà les perscpectives nouvelles.

Devant la lourdeur de l"art" cinématographique, pensons au temps mis à monter un film, à la précision requise pour le sonoriser, sans oublier les délais de développement; voilà la possibilité d'une caméra-oeil réellement d'une caméra-oreille en même temps.

Les projets de travail sont nombreux.

Ne peut-on pas s'orienter directement dans l'institution vers un Journal-filmé hebdomadaire mené par un groupe de soignants-soignés ?

Nous nous plaisons à imaginer la valeur mobilisatrice de cet instrument dans le sens d'une remise en cause audiovisuelle de la vie institutionnelle. Il est permis de rêver déjà à la location de cassettes Video chez le buraliste du quartier. Cela arrive vite.

5 - RETOUR A NOTRE PRATIQUE

CRITIQUE DU CHOIX DU SCENARIO

Le fait que le groupe ait choisi la fiction peut paraître paradoxal si notre désir de soignants se dirige vers le KINOKI de Dziga VERTOV le CINE-OEIL diamétralement opposé donc.

Nous nous permettrons cette mise au point dernière.

Le groupe a choisi en effet de s'évader dans l'imaginaire et sans doute a été victime comme cela de son désir de fuir la réalité.

Est-ce par mimétisme simple, la majorité de la production commerciale, tout au moins la plus vue, étant basée elle-aussi sur les fictions.

Est-ce au contraire, comme par pudeur, une volonté de jouer les HURONS et de ne pas dire en clair ce qu'il y a à dire. A travers la lecture du scénario, nous pouvons nous décider à penser à un mouvement de pudeur.

Cette façon dissimulée de décrire l"accident" qui survient à Adam et qui l ui fait "goûter" de l'institution carcérale et dépersonnalisatrice a bien été reçu comme très clair pour tout le groupe puisqu'il refusait d'admettre les termes trop brutaux du début du texte.

Ce n'est que secondairement qu'il s'est produit le phénomène écran lui-même et devant la résistance du groupe cette institution totalitaire s'est éloignée de la réalité de CHARCOT totalement.

A ce moment précis, il a été difficile à nous, soignants, d'accepter de ne pas démasquer la fuite du groupe. J'en arrive à penser que nous aurions peut-être dû le faire....

o

o o

CONCLUSION

Après cet exposé volontairement technique de l'expérience cinématographique à l'hôpital Charcot, je me permettrai de faire cette communication plus personnelle.

Seule l'"ambiance" entretenue par l'option thérapeutique de l'Institution nous a permis de faire un tel travail.

Je tient tout particulièrement à remercier Monsieur KOECHLIN, Médecin-Directeur et Madame KOECHLIN, Médecin-Chef du service où j'ai été nommé, car cette "ambiance" est bien le résultat de toute leur attitude théorique et pratique vis à vis de l'équipe soignante.

Mon passage dans les hôpitaux psychiatriques différents m'a permis de me persuader du caractère exceptionnel encore en France de l'expérience de remise en cause constante du mécanisme institutionnel.

L'équipe des infirmiers et infirmières a contribué à la réussite de mon essai de groupe thérapeutique, soit en y participant directement, tout au moins en ne m'accusant jamais d'abandonner mon poste dans le service à cause de cette occupation interpavillonnaire.

Ainsi, j'ai pu réaliser un vieux désir de cinéma qui me tenait à coeur depuis bien longtemps.

Ainsi, j'ai pu accéder à un travail plus en recul par rapport à la pratique de l'interne classiquement admise.

Le groupe dont j'ai pu m'occuper n'était pas bien sûr alité, ou enfermé dans un pavillon, mais en plus, il était composé de façon mixte hommes et femmes alors que les pavillons de l'hôpital ne sont pas mixtes eux. Il m'a permis de me mettre en rapport avec les rouages de l'institution qu'autrement je n'aurai jamais soupçonnés. Cela non plus n'est pas toujours d'un accès facile à l'interne placé dans un rôle de "médecin généraliste" d'un pavillon.

Il parait ainsi évident que tout ce que j'ai pu écrire dans les lignes précédentes tentait à prouver que cette expérience pouvait être valable pour les malades et que j'apporte maintenant le complément en avouant tout le profit que j'ai pu en tirer, pour moi-même psychiatre en formation.

Ce groupe s'est arrêté de fonctionner et donc de produire pour des raisons qui restent mal analysées.

Nous comptons bien le reprendre, forts de notre expérience passée. Je m'appuie, pour l'affirmer, sur la demande des malades anciens participants ; certains sortis et travaillant ont proposé de venir se réunir pendant leur jour de congé...

Je m'appuie aussi sur la certitude de la volonté de continuer de mes collaborateurs infirmiers, C. DURAND et G. GALLON, qui sont les seuls garants d'une continuité vraie, puisque vieil interne, je serai appelé à un travail ailleurs.

Enfin malgré l'aspect un peu mièvre de ces remerciements et de ces voeux pieux, je tiendrai à préciser dans cet ultime paragraphe que jamais dans ce groupe nous avons perdu de vue,

- qu'il ne fallait pas se leurrer trop d'une telle expérience,
- que l'institution avait ouvert ses portes au point qu'à l'intérieur on pouvait y faire passer un peu mieux, un peu plus librement son expression.
- qu'il n'en restait pas moins l'autre côté des portes ouvertes,
- que cette création moderniste et plaisante ne devait en aucun cas nous laisser tomber dans une auto-satisfaction anesthésiante.

Quant à mon "désir " de faire du cinéma, il a été aussi l'occasion pour moi de commencer à comprendre combien il était dangereux pour un thérapeute de projeter son propre désir et chercher à en faire la réalité des autres.

Il ne faut pas être trop cinéaste pour faire du cinéma de groupe non professionnel en hôpital psychiatrique. Il faut cependant avoir assez envie de l'être :

balancement contradictoire dont le contrôle constant peut seul empêcher de se fourvoyer parfois lourdement.

Il serait important de pouvoir toujours faire accompagner la lecture de ce texte par la vision du film dont c'est l'objet d'étude.

Pour le moment, les difficultés techniques nous en empêchent.

=-=-=-=-=-=

B I B L I O G R A P H I E

A/ A PROPOS DU CINEMA

- HISTOIRE DU CINEMA

LANGLOIS H : Notes sur l'histoire du cinéma "La Revue du Cinéma" - 1929

- TECHNIQUE ET VOCABULAIRE

CHARTIER J.P. et DESPLANQUES R.P. : Derrière l'écran Initiation au cinéma (SPES 1950)

GIRAUD J. : Le cinéma comme fait de langage (Congrès international de Filmologie, Février 1955)

EPSTEIN J. : L'esprit du cinéma (Paris - JEHEBER - 1955)

SOURIAU E. : L'univers filmique (Flammarion 1952)

- LE CHARME DE L'IMAGE

SARTRE J.P. : L'imaginaire (Gallimard 1940)

QUERCY P. : Les Hallucinations (P.U.F. 1936)

HUXLEY A. : Le meilleur des mondes (Plon 1950)

- LA PARTICIPATION

ALLENDY (Dr) : La valeur psychologique de l'image (Alcan 1926)

DESOILLE R. : Le rêve éveillé et la filmologie (Revue internationale de filmologie. Tome I)

FULCHIGNONI E. : Examen d'un test filmique (Revue internationale de filmologie. Tome II)

HOLMSTROM J. : Le roi de rêve (ou quand le spectateur s'identifie avec l'auteur) - Revue du Cinéma 1947

EISNER L. : L'écran démoniaque (André BONNE - 1952)

MUSSATI C. : Le cinéma et la psychanalyse (Revue française de psychanalyse. 1937)

- PERCEPTION ET FILM

MERLEAU-PONTY M. ; Phénoménologie de la perception (N.R.F. 1945)

PETERS J.M.L. : La perception du film et le rythme filmique (Congrès international de Filmologie. 1955)

- L'UNIVERS DU FILM

LEIRENS J. : Le cinéma et le temps (Ed. du Cerf 1954)

BARSACQ L. : Le décor - Le cinéma par ceux qui le font (Fayard 1949)

KEIM J.A. : Un nouvel art, le cinéma sonore (Albin-Michel 1947)

- LANGAGE DU CINEMA

QUINT L.P. : Signification du cinéma
Un art cinématographique - 1927

B/ A PROPOS DU CINEMA UTILISE

EN PSYCHOLOGIE, PSYCHIATRIE, SOCIOLOGIE, ETHNOLOGIE.

E. MORIN : Le cinéma ou l'homme imaginaire (Minuit 1958)

MAC LAREN N. : La santé au village, éducation visuelle en Chine

MADDISON S. : Le cinéma et l'information mentale des peuples primitifs (Revue internationale de Filmologie T. I)

REBEJLLOT M. : Les recherches de filmologie dans la neuro-psychiatrie de l'enfant (Thèse, Paris 1955)

LANOUX A. : L'enfant en proie aux images (La Bergerie 1951)

BERMAN H. : Audiovisuel thérapeutics ; portable moving pictures with sound as a rehabilitation measure (Psychiatric quaterly) N.Y. 1946

KATZ E. : A brief survey of the use of motion pictures for the treatment of neuropsychiatric patients (Psychiatric quaterly) N.Y. 1946

ROME H.P. : Audiovisuel aids in psychiatry (Hospital corps quaterly) W.D.C. 1945

NEWMAN R. : The use of films in a group therapy program (New-York 1968)

MULLER et BADER : The cinéma and the mental patient a new form of group thérapy (Current psychiatric thérapy) USA 1968

MORENO J.L. : Psychodrama and thérapeutic motions pictures Sôciq metry) N.Y. 1944

PAREDES AND CORNELISON (PHILADELPHIA) : Dévelopment of an audiovisuel technique for the rehabilitation of alcoholics (quarterly studies ; alcohol) USA 1968

DE PERSON : Intérêts des enregistrement sur bande magnétique audiovisuelle en psychiatrie (Thèse,Paris, Mai 70)

LAUTCH : Video tape recording as an Aid to behaviour thérapy Britain journal of psychiatry (1970)

HAAG : Les expressions plastiques en psychothérapie de groupe (Journal médical de Besançon - Avril 1967)

MOORE et Collaborateurs : Télévision as a thérapeutic tool (Archives of général psychiatry - 1965)

C/ A PROPOS DE LA PSYCHOTHERAPIE DE GROUPE ET DE LA THERAPIE INSTITUTIONNELLE

TOURET (Thèse 69) : Un an de vie dans un hôpital psychiatrique, techniques de groupe comme moyen d'animation et de traitement

KESTENBERG : Approche psychanalytique pour la compréhension de la dynamique des groupes thérapeutiques (Bulletin de psychologie 69/70)

OLLANDINI : Le groupe selon FREUD et selon LEWIN (Bulletin de psychologie 68/69)

POLLACK : A propos de l'animation culturelle dans une institution psychiatrique (Revue de psychothérapie institutionnelle 1967)

SIVADON : Quelques principes de la thérapie institutionnelle (Evolution psychiatrique 1966)

LAROCHE et AMIEL : Originalités d'un club thérapeutique au sein d'un organisme extra hospitalier (Information psychiatrique 1967)

MORENO J.L. : The International hand book of group psychothérapy (Bibliothèque de Ste Anne)

A.R.I.P. (collectif) : Pédagogie et psychologie des groupes (Ed de l'E.P.I. 1967)

LEVY A. : Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique (E.P.I. 1969)

FOULKES et ANTHONY : Psychothérapie de groupe, approche analytique (E.P.I. 1969)

COOPER D. : Psychiatrie et antipsychiatrie (Seuil 1970)

KOECHLIN P. : Intégration des diverses techniques de groupe (International colloquium on psychosis - Montreal Nov. 69)

Structure des services psychiatriques (non publié) Août 68

Psychothérapie institutionnelle au regard du malade (Information psychiatrique - 1968)

Psychothérapie institutionnelle (Revue pratique de psychologie et de la vie sociale et de l'hygiène mentale - 1966)

Création d'un collectif de soins et perspectives psychothérapiques (Evolution psychiatrique 1965)

A propos de la tenue de l'hôpital Charcot (non publié, Janv.65)

Sectorisation et mode de recrutement des malades à l'hôpital Charcot (non publié, Juin 1964)

Quelques données générales à propos de la thérapeutique des malades mentaux adultes (Information Psychiatrique, Oct. 62)

KOECHLIN E. et GEACHAN D. : Incidences d'une psychothérapie individuelle sur le groupe des malades et des infirmiers (Information psychiatrique, 1968)

KOECHLIN P. et E. : L'individu malade, l'institution, le secteur. (communication au congrès de psychothérapie institutionnelle Mars 1968)

JOURNEES D'ETUDE A L'HOPITAL CHARCOT - 22 Mai 1966
(Information psychiatrique - 1968 Vol. 44)
avec :

GEACHAN D. : Psychanalyse et organisation hospitalière

RUDRAUF J. : Problèmes posés par la double qualité de psychothérapeute individuel et de médecin responsable d'un service hospitalier

BLANC Y. : Le personnel infirmier, sa participation et son engagement dans la relation thérapeutique

DAUMEZON et KOECHLIN : La psychothérapie institutionnelle française contemporaine (Anaïs portugues de psychiatria - 1953)

DAUMEZON : Les fondements d'une psychothérapie collective (Evolution psychiatrique 1948)

SIVADON : Les activités de groupe à l'hôpital psychiatrique (Annales médico-psychologiques 1947)

KLAPMAN J. : Interrelationship of group and individuel psychothérapy (The journal of nervons mental decease 1945)

MORENO J.L. : The ascendance of group psychothérapy - 1934

=-=-=-<-=

F I L M O G R A P H I E

- Nous ne nous contenterons que de citer des films du circuit dit "scientifique" et donc non commercial.

La liste des films du circuit commercial dont le synopsis est psychiatrisé et trop longue et je ne peux que renvoyer à :

SADOUL G. : HISTOIRE GENERALE DU CINEMA (PARIS-DENOEL)
BARDECHE et BRASILLACH : HISTOIRE DU CINEMA (PARIS-DENOEL)

Parmi les productions de films scientifiques, classés par réalisateurs :

I - Distribués par les Laboratoires SANDOZ

Eric DUVIVIER

. IMAGES DU MONDE VISIONNAIRE (Henri MICHAUX)
. CONCERTO MECANIQUE POUR LA FOLIE (Pr. SIVADON)
. BALLET SUR UN THEME PARAPHRENIQUE (Pr. DUCHE)
. LE MONDE DU SCHIZOPHRENE (Pr. DUCHE)
. RESURGENCE (Pr. SIVADON)
. AUTO-STOP (SOTIE) (Pr. DUCHE)
. LA RELATION MEDECIN-MALADE (Pr GAYRAL)
. LA FEMME 100 TETES (Max ERNST)

Michel MEIGNANT

. LE N'DOEP (Pr. COLLOMB et ANDRAS ZEMPLENI)

Mario RUSPOLI

. LA FETE PRISONNIERE
. REGARD SUR LA FOLIE
. LA RENCONTRE

Philippe PAUMELLE

. PSYCHIATRE DANS LA CITE

2 - Produits mais non distribués par le service de Recherche de l'O.R.T.F.

Gérard PATRIS

. LA MAISON DU BOUT DU MONDE (Clinique LABORDE)
. LES ENFANTS D'ISSY

Jean-Luc LERIDON

. Psychodrame (1965)

- Une filmographie est incomplète dès son impression et pour cela je renvoie donc aux catalogues annuels suivants :

SCIENCES FILM (Eric DUVIVIER) 22, Boul. Victor Hugo 92 - CLICHY
LES FILMS DU CADUCEE (Jacques SCHILTZ) 18 rue Brunel - PARIS 17°
LE SERVICE DU FILM DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE, 96 boul. Raspail - PARIS 5°
FILMS MEDICO-SCIENTIFIQUES "SANDOZ", 14 Boul. Richelieu - RUEIL MALMAISON (92)
CINEMATHEQUE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE, 31 rue Vauthier - BRUXELLE (Belg.)

- Films réalisés par des groupes de malades

A LAUSANNE - Hôpital de CERY, avec le Docteur BADER
. LE POETE ET LA LICORNE
. BONJOUR MON OEIL
. SEPT NUITS DE SIBERIE

A COUR-CHEVERNY, avec le Docteur OURY

. LES DENTS DU SINGE
A PLAISIR , Hôpital CHARCOT

. RENAISSANCE (non distribué)

- En franc tireur se place :

. L'UNIVERS ASILAIRE" de Pierre ESPAGNE
inaugurant sans doute tout un nouveau courant de production

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION

A/ RAPPORT DE NOTRE EXPERIENCE

L'Hôpital CHARCOT "Village", ouverture sur le Centre Social

1 - Histoire du groupe et sa préhistoire 5

2 - Composition de ce groupe 9

3 - Protocole de son fonctionnement 10
Présence ou non d'un médecin ?
Faut-il être cinéaste pour faire du cinéma ?

4 - Réalisation du film 12

5 - Scénario 13

6 - Essai d'analyse, critique du scénario 17

7 - Relations entre cette thérapeutique de groupe et les autres moyens thérapeutiques de l'Institution 18
Psychothérapies individuelles
Thérapeutique institutionnelle proprement dite

B/ RELATIONS DE NOTRE EXPERIENCE AVEC CELLES PRATIQUEES AILLEURS 20

Utilisation du cinéma en psychiatrie

1 - Films tests 21
Bibliographies italiennes
américaines

2 - Les utilisations du cinéma à propos de la psychiatrie, à propos de la folie 23
Films didactiques à propos de la maladie mentale avec les films d'information à un public plus élargi celui des consommateurs éventuels de soins (Ex : "l'univers asilaire"

3 - Films réalisés par les malades eux-mêmes 25

C/ ESSAI D'ANALYSE DE LA VALEUR THERAPEUTIQUE D'UNE TELLE ENTREPRISE 27

1 - Assimilation de cette technique aux autres comme l'ergothérapie, l'arthérapie, clubs culturels 28

2 - Valeur de la création d'une image de soi dans la fiction cinématographique 30

Pages

3 - Les dangers de la projection-identification en rapport avec la psychose 31

4 - Que sont devenus les participants au groupe après 3 ans ? 33

D/ LIMITES D'UN TEL PROCEDE ET PROSPECTIVES POUR EN REPOUSSER LES LIMITES. 38

1 - Limites techniques pures 39

2 - Limites apportées à la diffusion de notre réalisation 40

3 - Déparches entreprises par les soignants du groupe pour essayer de pallier à ces inconvénients 41

4 - Essai d'une méthode techniquement plus souple, le magnétoscope 44

5 - Retour à notre pratique, critique du choix du scénario 45

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

FILMOGRAPHIE

Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Vu et permis d'imprimer
Le recteur de l'Académie de PARIS